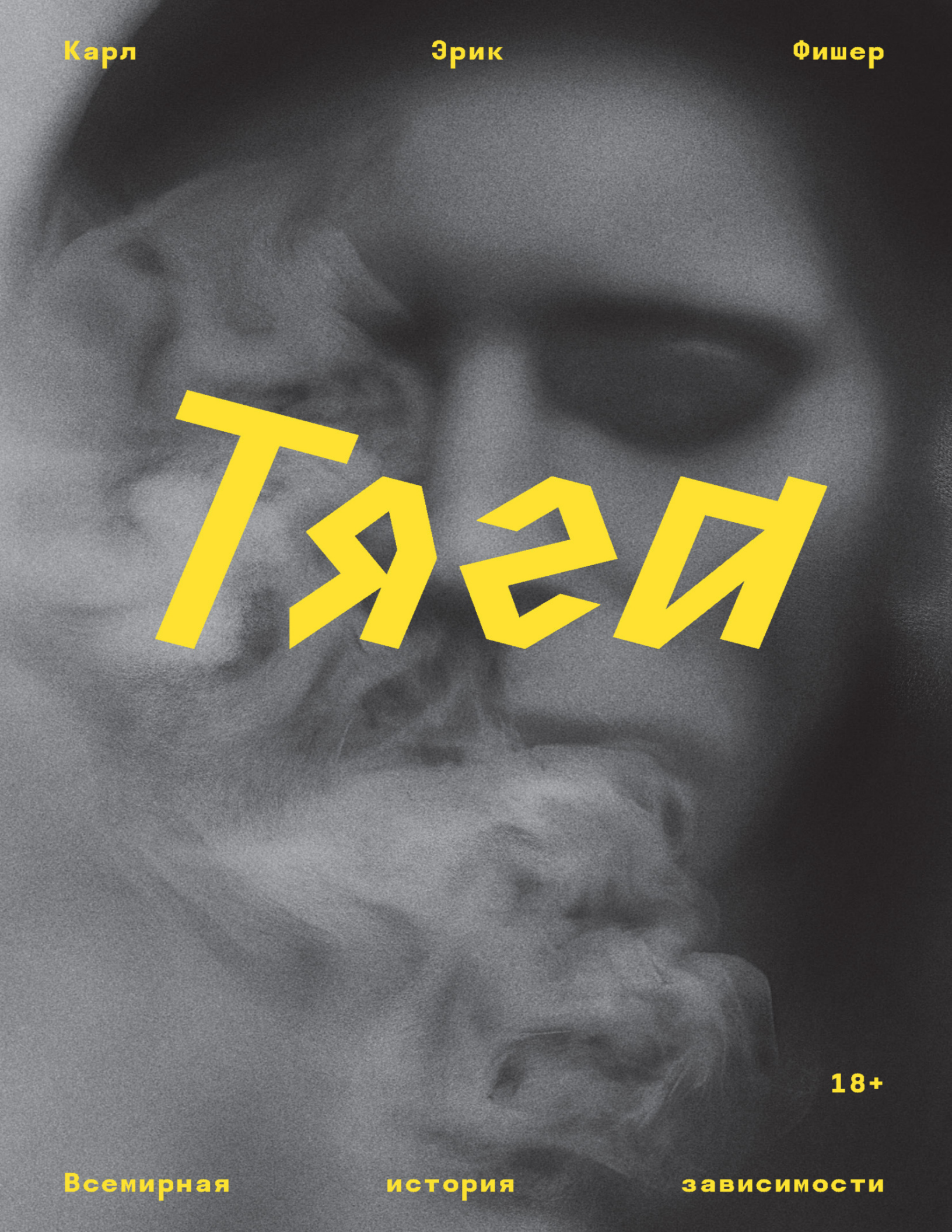
Карл Эрик Фишер



Тяга

18+

Всемирная история зависимости

Карл Эрик Фишер
Тяга. Всемирная история зависимости

Посвящается Кэт и Гасу

Carl Erik Fisher
The Urge
Our history of addiction

© Carl Erik Fisher, 2022
© Е. Сапгир, перевод, 2023
© ООО «Индивидуум Принт», 2023

Введение

Когда в коридоре неожиданно начался переполох, я лежал на кровати. Бросив взгляд в дверной проем, я увидел, что новичок бычит на Руиса. Прямо за дверью палаты был телефон – надежный металлический таксофон, какие обычно устанавливают на улице. И Руис, кроткий старик, чьи плечи поникли под тяжестью очередного срыва и энной госпитализации, просто пытался поговорить с родными. Но новичок явно на взводе, ни на минуту не присел с тех пор, как прибыл несколько часов назад. От него так просто не отвяжешься.

Я наблюдаю, как он разворачивается и вроде бы уходит прочь, бормоча под нос какие-то угрозы. А потом издалека – слишком издалека – доносится предупреждающий окрик, и он снова появляется в дверном проеме, проносится мимо в прыжке и набрасывается на Руиса, оттаскивая его от телефона.

Новичка тут же скрутили – к счастью, никто серьезно не пострадал. Разволновавшись, я пытаюсь вернуться к дневнику, но мысли скачут беспорядочно. Сосед по палате, дородный мужик в летах со шрамом сбоку на голове – следом старой черепно-мозговой травмы, которая раз за разом приводит его сюда, – поворачивается ко мне и скупо сообщает: «Обед несут».

Мне 29, и я пишу в дневнике старым тонким фломастером (шариковые ручки запрещены), пытаясь понять, как я до этого докатился: недавний выпускник психиатрической ординатуры Колумбийского университета, а ныне – психиатрический пациент печально известной больницы «Белвью». Ее название прочно ассоциируется с самыми сложными хроническими душевными болезнями, и я оказался в отделении двойных диагнозов на 20-м этаже, практически под самой крышей: сюда помещают пациентов, которые помимо психиатрических расстройств страдают алкогольной или наркотической зависимостью. Я уже успел увидеть несколько лиц, знакомых с тех времен, как я хотел устроиться сюда в ординатуру. Из экскурсии, которую проводили для кандидатов, я помню, что прямо под нами расположено специальное отделение для заключенных,

оборудованное караульной с бронированным стеклом и толстыми решетками при входе.

Мне тоже нужен таксофон, из-за которого завязалась драка. Это мой единственный способ связаться с внешним миром, с той реальностью, в которой я был врачом-ординатором. Мне никак не удается принять тот факт, что сейчас я пациент, а не врач. Но чем дальше, тем более правдоподобным кажется то, что говорят мне доктора: у меня, как и у того новичка, случился маниакальный эпизод, в моем случае спровоцированный злоупотреблением стимуляторами и алкоголем. И я до сих пор не знаю, что мне делать.

На следующий день у меня состоялась встреча с командой медиков – полудюжиной психиатров, терапевтов и консультантов: они сидели по одну сторону большого стола в типичной больничной переговорной без окон, а я – по другую. Я впервые по-настоящему взглянул правде в лицо и рассказал историю своего пьянства. Оба моих родителя были алкоголиками, и я давал себе слово, что никогда не стану похожим на них. Однако, закончив медицинский факультет в Колумбийском, я начал подозревать, что ситуация выходит из-под моего контроля. Все чаще случались эпизоды алкогольной амнезии, но я не обращался за помощью сам и не принимал помощь, которую все настойчивее предлагали друзья, коллеги и наставники.

Я рассказал обо всем – даже о том, как однажды проснулся в коридоре на липком линолеумном полу, без рубашки, под запертой дверью своей квартиры, без ключей. Чтобы попасть внутрь, привести себя в порядок и поехать на работу, мне пришлось выбраться на крышу, спуститься по пожарной лестнице и залезть в квартиру через окно. Я, конечно, опять опоздал, мне было стыдно и страшно, что обо мне подумают. Проблема очевидна, но я никому ничего не говорил, потому что рассказать означало бы признать то, что я давно уже подозревал.

Когда меня спросили о семье, я ответил, что отец четыре раза был на реабилитации, а у матери по всему дому спрятаны заначки с вином. Я, как обычно, охарактеризовал своих родителей как алкоголиков, но при этом наконец-то озвучил пугающую догадку в отношении меня самого: «…и я начинаю понимать, что я и сам алкоголик». Тут я ударился в слезы.

Как бы то ни было, на выходных я вышел к таксофону и, глядя на головокружительно длинный коридор, протянувшийся мимо всех палат отделения, позвонил своему другу Рави. Он помог мне утрясти текущие дела: открыл страховку по нетрудоспособности, оплачивал счета, ну и вообще сделал все, что требовалось, чтобы я спокойно мог лечь на реабилитацию. Не то чтобы мне этого очень хотелось, но мне сказали, что иначе никак.

Мы поговорили о том, что лечение пойдет мне на пользу, и о том, как трудно мне было в последнее время. Его голос казался напряженным. Он явно волновался за меня. Поэтому я немного поколебался – внутренний голос как будто говорил мне: *это просто идиотский вопрос, не стоит его задавать*, – прежде чем все же спросить, одним глазом кося в сторону коридора на предмет потенциальных агрессоров: «Как думаешь, у меня получится бросить пить?»

Меня вроде как должны отправить на специальную реабилитационную программу для врачей, но я об этом ничего не знаю. Я хочу этого, но в то же время и не хочу. Мне нужна помощь, но я все равно думаю, что мог бы справиться и сам или по крайней мере найти другой способ. Почему это так трудно?

В итоге я окончил ту реабилитационную программу и со временем вернулся в ординатуру в Колумбийском. Еще несколько лет я проходил лечение под наблюдением специалистов. Мне полагалось по первому требованию явиться на другой конец медицинского центра – или на другой конец города – и помочиться в баночку под наблюдением дамы, которая следила, чтобы я не попытался выдать чужую мочу за свою. Спустя лет пять таких мытарств во мне проснулось любопытство. По собственному опыту я знал, что система лечения зависимости далека от совершенства, но у меня накопилось множество «почему». Почему эта система существует отдельно от всего остального здравоохранения? Почему мы лечим зависимость иначе, чем другие психические расстройства? Если всем очевидно, что система несовершенна, почему никто ничего не делает, чтобы улучшить ее?

И я решил специализироваться на лечении зависимости. По иронии судьбы я параллельно изучал психотерапевтические и лекарственные методы, одновременно проходя через собственное лечение, посещая

собрания и пытаясь разобраться, что выздоровление значит для меня лично. Закончив учебу, я устроился работать по программе психиатрии и биоэтики Колумбийского университета. Мне казалось, что худшее уже позади. Но по мере того, как я выходил из этого живительного, но трудного процесса, меня все больше одолевали вопросы: как я оказался там, где я есть? Что во мне спровоцировало это? Подобные вопросы часто задают пациенты: что со мной произошло? Почему я такой? Как мне исправиться?

В поисках ответов я погрузился в изучение психологии и нейрофизиологии зависимости. Мне хотелось найти правильное определение этого термина, полную и непротиворечивую медицинскую теорию, которая бы объясняла это явление. Но вскоре я понял, что тону в море информации. Оказалось, что в этой области медицины царит хаос. Научное сообщество было расколото, ученые разных дисциплин и медики просто не слышали друг друга. Одни настаивали на том, что зависимость – в первую очередь заболевание головного мозга. Другие утверждали, что такой подход отметает важные психологические, культурные и социальные факторы, к примеру психологические травмы и систематическое угнетение. Едва ли существует другая область медицины, столь же подверженная воздействию идеологий и культурных предрассудков.

Казалось, у каждой научной дисциплины и у каждого отдельного исследователя свой взгляд на проблему. В одном обзоре «теорий аддикции»[1] насчитывалось ни много ни мало 13 разных моделей: от физиологических концепций и нейробиологических механизмов до экономических моделей выбора – и это лишь те, что признаны научным сообществом. В каждой из них присутствовало зерно истины, однако в целом они казались удручающе однобокими.

Отнюдь не случайно я начал психиатрическую практику, как раз когда нарастало разочарование в упрощенном представлении, что весь спектр человеческих страданий можно свести к нейробиологии. Будучи президентом, Джордж Буш – старший объявил 1990-е «Десятилетием мозга», однако в 2000-х и начале 2010-х, когда я заканчивал учебу, появились основания полагать, что нейронаука, будучи полезной и во многих отношениях революционной областью исследований, тем не менее не может полностью объяснить такое сложное явление, как психические болезни. Исследователи никак не

могли прийти к единому мнению о том, что такое психическое расстройство, не говоря уже о методах лечения. Антидепрессанты оказались вовсе не такой панацеей, как обещала поначалу реклама. Биотехнологические компании сокращали финансирование и даже полностью закрывали исследовательские программы по нейронауке: годы работы не приносили осязаемых результатов в виде новых лекарств. Страна все больше чувствовала себя обманутой фармкомпаниями, причем не только производителями опиоидных препаратов[2]. Все это подтолкнуло меня переключиться с нейронауки на биоэтику, где я надеялся обрести более полное понимание социальных и политических факторов психических расстройств и объединить это с передовыми достижениями медицины.

Продвигаясь в своих исследованиях зависимости, я заметил кое-что интересное. Наиболее широко мыслящие и оригинальные исследователи постоянно давали неожиданные и интригующие отсылки к областям, лежащим за пределами моего кругозора. Так, они обращались к древней философии, чтобы точнее описать проблему; к социологии, чтобы продемонстрировать, что невозможно отделить зависимость от ее культурного контекста ни теперь, ни в далеком прошлом; и даже к теологии, чтобы проследить, как традиционные представления о морали влияют на наше нынешнее отношение к вопросам выбора и ответственности. Очень скоро я окончательно убедился, что одной только медицинской науки при всей ее важности недостаточно для понимания феномена зависимости.

Чтобы понять зависимость в настоящем, необходимо заглянуть в ее прошлое. Зависимость существовала везде и всегда. Занимаясь своим исследованием в разгар опиоидного кризиса, я узнал, что человечество страдало от различных наркотических эпидемий с незавидной регулярностью в течение последних пяти веков и даже дольше. Многие столетия сдерживания, стигматизации и расизма отразились на том, как мы сегодня понимаем и лечим – или, скорее, не умеем лечить – зависимость. Долгое время концепция зависимости использовалась как оружие в войне – причем не только против наркотиков, но и против людей, которые их употребляют. Я был поражен тем, как давно наше общество страшится пагубного влияния технологий – от опиоидов, смартфонов и порносайтов до шприцев, телеграфа и сахара. Мне стало понятно, что зависимость не только медицинская проблема, она

связана с вопросами идентичности, власти, прибыли, страха и, в конце концов, преданности.

Я выписался из «Белвью» относительно быстро. Благодаря целому ряду случайностей – моему статусу врача, хорошему образованию, платежеспособности, более или менее адекватной программе реабилитации, цвету кожи и просто-напросто удаче – я достиг ремиссии, вернулся на престижную работу и в итоге написал эту книгу. Если бы все получали лечение, которое досталось мне, мир был бы гораздо лучше. Но не делайте поспешных выводов. Я – не такой уж особенный случай. Я, в сущности, мало чем отличаюсь от Руиса, или того агрессивного новичка, или любого другого пациента отделения двойных диагнозов. Самый важный урок, который я извлек из изучения истории, – что различие между нами лишь условность, которая долгое время порождала несправедливость и в равной степени вредила всем. И продолжит вредить, если мы не начнем смотреть глубже.

Эта книга посвящена истории зависимости. Это история древнего недуга, разрушившего жизни миллионов людей – не только самих больных, но и их близких. А кроме того, это история сложного, запутанного и очень неоднозначного явления, которое сотни лет не поддавалось точному определению. Зависимость пронизывает не только страны и эпохи – она охватывает различные сферы жизни за пределами медицины и науки: политику, духовность, юриспруденцию, экономику, философию и социологию, не говоря уже о литературе и изобразительном искусстве, которые пытаются заполнить пропасти между этими областями. Зависимость – это одновременно и заболевание головного мозга, и душевная болезнь, и романтический признак творческой натуры, и символ бунта против разлагающегося общества. Эта книга посвящена истории идей: истории зависимости как идеи – и идей о зависимости.

Что зависимость значит для вас? У каждого свое предвзятое представление. Относить ли к зависимости только алкоголизм и наркоманию или можно впасть зависимость от азартных игр, секса, еды, работы и даже любви? Важна только степень злоупотребления или важно и то, как мы себя чувствуем, внутреннее ощущение потери контроля? Можно ли считать, что каждый из нас находится в какой-то

точке шкалы (неспособность отлипнуть от телефона, кстати, тоже считается), или есть какой-то четкий критерий, отделяющий больных от нормального общества? Суть не в том, что на эти вопросы можно дать простые ответы, а в том, что эти вопросы не носят чисто научного или медицинского характера: они неразрывно связаны с нашими глубинными, культурно обусловленными и часто даже неосознаваемыми убеждениями и ценностями. Вопросы о зависимости – это вопросы о том, что значит быть человеком.

Изучая различные труды о проблеме зависимости, я выделил для себя четыре основных подхода, которые повторялись на протяжении всей истории. Первый подход – *прогибиционистский* – заключался в сдерживании зависимости путем наказаний и различных законодательных инициатив. Второй – *терапевтический* – основывался на том, что зависимость следует считать психическим расстройством и лечить различными медицинскими методами. Третий подход – *редукционистский* – объясняет зависимость исключительно в научных терминах и занимается поиском методов лечения, основанных на биологии. И наконец, существует *коллегиальный* подход, или *взаимопомощь*, в рамках которого люди объединяются в группы – и временами, но не всегда обращаются к духовным практикам, – чтобы помочь друг другу выздороветь от зависимости. Каждый из этих подходов существует во множестве вариаций, порой они пересекаются и накладываются друг на друга, но в целом они были на удивление четко представлены на протяжении ряда веков. А вот то, что ни один из этих подходов не содержит всех необходимых ответов, – это как раз не удивительно.

Каждый из этих подходов в свою очередь становился флагманом борьбы с зависимостью – и неоднократно. Изобретение очередной «волшебной таблетки», введение новых законов и появление инновационных реабилитационных программ всякий раз подавались как панацея, которая раз и навсегда решит проблему зависимости – или же заметет ее под ковер, или подавит в зародыше. Но ни одна из мер не оказалась успешной в долгосрочной перспективе. Оглядываясь назад, мы ясно понимаем, что все эти попытки оказались обречены на провал, как бы ни были благородны намерения инициаторов.

Так где же выход из этого порочного круга неудач? Я пришел к выводу, что история провальных попыток борьбы с зависимостью,

хоть и кажется неутешительной, в конечном счете освещает нам путь вперед. Приняв как данность, что зависимость всегда была и будет частью человеческой жизни, мы сумеем отказаться от мечты раз и навсегда освободиться от нее и вместо этого обратим внимание на все многообразие методов, которые могут помочь. Главной целью должна быть не победа и не окончательное искоренение зависимости, а минимизация вреда и помощь людям в облегчении и преодолении их страданий. Чтобы разорвать порочный круг, мы должны взять лучшее от каждого из подходов – медицинского, социального, духовного и так далее – и объединить эти инструменты для достижения целостного и сбалансированного лечения. Мы должны научиться у истории смирению и открытости к различным точкам зрения.

Я не утверждаю, что этот путь будет легким. Сомнения, страх и отвращение часто затмевают ум, особенно в обстоятельствах, когда машина угнетения и власти охотно использует идею зависимости в собственных целях. Даже в наше время, когда выход из зависимости превратился в архетипическую историю о самопознании и духовном росте, злоупотребление психоактивными веществами стигматизируется как «отвратительная болезнь»[3] точно так же, как столетия назад, когда первые исследователи пытались описывать это явление.

В этой книге я рассказываю две истории. Первая и главная – это история зависимости, лечения и выздоровления с давних времен и до наших дней. Вторая, дополнительная, – описание моего собственного опыта как врача и как пациента, преодолевающего зависимость. Я решил включить в книгу свою личную историю, потому что размышления о зависимости тесно связаны с личными убеждениями и опытом и мне хотелось честно рассказать о своей предвзятости, вместо того чтобы притворяться совершенно объективным. Кроме того, мне хотелось как можно более живо проиллюстрировать, как общее проявляется в частном и как история живет в современности.

Неудивительно, что мое исследование не принесло простых ответов. Чаще всего я наталкивался на примеры человеческой гордыни и порожденных ею неудач и наблюдал, как ненависть и разобщенность по очереди сменяют друг друга. Однако я продолжал гореть этой темой. Мое исследование помогло мне понять собственное прошлое и прошлое моей семьи, к тому же оно было полезно в работе с

пациентами. Я ощущал глубокое родство с людьми, которые долгие годы боролись с зависимостью, и их истории дали мне самому надежду на выздоровление и новую жизнь. И хотя перед нами стоят непростые задачи, я твердо верю, что, если мы встретим их с открытым забралом, история поможет нам на нашем пути.

От автора

Язык играет важную роль в вопросах душевного здоровья. Он формирует наше отношение и государственную политику. Большинство слов, которые ранее использовались для описания зависимости, в наши дни признаны стигматизирующими: «наркоман», «пьяница», «алкоголик» и так далее. Современный подход предполагает использование нестигматизирующих терминов и отказ от идентификации человека с его заболеванием. В англоязычной специальной литературе этот подход именуется *person-frst language*, то есть «язык, ставящий человека на первое место»: «человек с наркотической зависимостью» вместо «наркозависимый». Это логично, гуманно и, согласно имеющимся данным, действительно влияет на стигматизацию[4].

Однако такой язык представляет собой проблему при работе над книгой, в которой я пытаюсь описать, каким образом людей с зависимостью воспринимали и описывали в прежние времена. Язык описания зависимости претерпевал значительные изменения в разные эпохи[5], и эти изменения оказывали огромное влияние на то, как люди воспринимали себя и тех, кто им дорог. В конце XVIII века Бенджамин Раш изучал «пьянство», в середине XIX люди страдали от собственной «невоздержанности», а нынешние психиатры дискутируют, следует ли вернуться к термину «зависимость» вместо невыразительного канцеляризма «расстройство употребления психоактивных веществ». Не думаю, что наш сегодняшний взгляд на зависимость точно соответствует всем эпохам и культурам прошлого – напротив, одна из центральных идей этой книги заключается в том, что зависимость не существует как постоянный и неизменный факт, но глубоко обусловлена социальными и культурными факторами. Поэтому мне пришлось соотнести опасность использования стигматизирующего языка и увековечивания его в этой книге с необходимостью ясно и точно воспроизвести историю. В целом я старался использовать терминологию, принятую в описываемый исторический период. Когда мне приходится употреблять потенциально стигматизирующие слова, я

стараюсь всякий раз оговаривать, что речь идет о представлениях соответствующей эпохи.

История, изложенная в этой книге, ни в коей мере не претендует на полноту. В частности, мне пришлось ограничиться преимущественно американской историей, что в какой-то мере отражает мое стремление понять свое собственное наследие и культуру. Но дело не только в этом. Концепция зависимости как болезни – и как хронической идентичности – появилась на раннем этапе истории США, во времена Войны за независимость, а затем распространилась по всему миру благодаря движениям, зародившимся главным образом в Штатах. И программа Анонимные Алкоголики (АА), и нынешняя концепция «войны против наркотиков» – это американские продукты. Лучшие врачи всего мира регулярно проходят стажировки в США, чтобы узнать, что мы думаем о зависимости. Поэтому действие этой книги происходит в основном на территории Соединенных Штатов – страны, которая в определенном смысле сформировала современные представления о зависимости. Это никак не умаляет ценности кросскультурных взглядов на зависимость, которые я тоже постарался включить в книгу.

Мои пациенты по своей доброте душевной оказали мне огромную помощь в этом историческом исследовании. Они представляют весь спектр борьбы с зависимостью: от регулярного употребления наркотиков до активного участия в собраниях Анонимных Алкоголиков и других 12-ступенчатых программах. Среди них есть люди, которые усматривают зависимость в своей сосредоточенности на работе, зацикленности на романтических отношениях и пищевом поведении, и есть люди, которым ненавистна сама идея зависимости, даже если злоупотребление алкоголем и наркотиками угрожает их жизни. Они помогли мне взглянуть на проблему с самых разных точек зрения, и за это, а также за возможность принести пользу я им действительно благодарен. И хотя я работал и в уголовно-правовой системе, и с привилегированными слоями общества, весь мой опыт сосредоточен главным образом в Нью-Йорке и его окрестностях, так что мои пациенты представляют собой лишь один срез жизни. Что касается соблюдения врачебной тайны, при упоминании пациентов я из уважения к их частной жизни убираю все узнаваемые подробности и изменяю имена (равно как и имена некоторых других людей,

фигурирующих в тексте). Однако ни один из персонажей этой книги не является собирательным или обобщенным образом.

Эта книга предназначена для широкого круга читателей. Для специалистов, которым интересны подробности, в конце книги имеются примечания, где цитируются соответствующие публикации и дополнительно раскрываются отдельные моменты.

Я проводил свое исследование и писал эту книгу на протяжении десяти лет. Я просматривал медицинские записи, свои дневники и прочие документы о своем лечении, а также обсуждал этот опыт со многими людьми, однако большая часть моей собственной истории изложена по памяти.

В группах взаимопомощи наподобие АА существует традиция сохранять анонимность при общении со СМИ. Это вполне оправданно, однако существует и другая славная традиция: раскрывать свою личность в мемуарах о борьбе с зависимостью. Подобные личные истории оказали мне неоценимую помощь, и я знаю людей, которые утверждают, что такие книги буквально спасли им жизнь. В этой книге я поделился собственной историей выздоровления, но это не означает, что я привожу аргументы за или против какого-либо конкретного пути к выздоровлению. Я просто описываю свой опыт и не представляю ни одну организацию или метод лечения.

Часть I. Тяга есть, а слова нет

Один. Начало: что было до «зависимости»

Едва Сьюзен входит в мой кабинет, я сразу понимаю, как у нее дела. Когда она не пьет, она всегда выглядит очень ухоженной, прическа ее безупречна, строгий деловой жакет и накрахмаленная рубашка сидят как влитые на ее подтянутой худощавой фигуре. Но сегодня, я вижу, она слегка не в себе. За долгие годы практики я научился считывать подсказки. Перебор с парфюмом, чтобы замаскировать запах утренней выпивки. Волосы растрепаны. Рубашка помята. Макияж выглядит неряшливо.

Я видел Сьюзен и в худшие времена, когда ногти ее были черны от забившейся под них грязи, а запах алкоголя висел в кабинете еще долго после ее ухода. Но для нее любая выпивка уже трагедия. Она называет себя алкоголиком, она твердо уверена, что хочет бросить пить, однако не бросает, и именно это дается ей тяжелее всего – разлад с собой, утрата контроля. И я вижу, что сейчас она охвачена этим чувством.

Она рассказывает мне о своем последнем срыве. Она была одна в своей комнате, маялась отчего-то и никак не могла выкинуть из головы мысль об алкоголе. Она твердо решила, что не будет пить вино этим вечером. Она запретила себе идти в винный магазин. И в итоге в качестве какого-то извращенного компромисса отправилась в ближайший к дому магазинчик и купила там несколько бутылок ванильной настойки.

От этого жуткого пойла, рассказала она мне, она сначала опьянела, а потом у нее заболел желудок.

– Это просто нелепо, – пожаловалась она, широко распахнув глаза.

В своей психиатрической практике я чаще всего сталкиваюсь с пациентами, у которых серьезные проблемы с алкоголем и наркотиками: они тратят тысячи долларов на реабилитационные клиники и амбулаторные программы лечения, но не получают результата, потому что традиционные методы с ними не работают. Сьюзен тоже прошла через все это: и старомодные реабилитационные программы, требующие полного отказа от алкоголя, и более современные и гибкие методики, однако пить так и не перестала. Долгие месяцы она обреталась в пограничном состоянии, кое-как

справлялась с работой в своей частной юридической практике, зарабатывала достаточно, чтобы оставаться на плаву, но гораздо меньше, чем могла бы.

Она относится к явному меньшинству: по статистике, менее 5 % людей[6], испытывающих проблемы с алкоголем или наркотиками в США, признают, что у них проблема и они нуждаются в лечении. И тем не менее, несмотря на жестокий приступ алкогольной абстиненции, перенесенный несколько месяцев назад, несмотря на увольнение из крупной юридической фирмы, она не может перестать пить.

Прямо сейчас ее здоровью ничто не угрожает. Она выпила недостаточно, чтобы развилась абстиненция. И все же она говорит, что чувствует себя ужасно. Она рассказывает мне о последнем месяце, который был полон нарушенных обещаний и безуспешных попыток снизить потребление алкоголя, и, пока она описывает все это, силясь подобрать слова и сформулировать мысли, пытаясь отыскать во всем этом смысл, в ее голосе прорезывается нотка разочарования и даже отчаяния.

– Я знаю, что должна сделать. Я хочу это сделать. Но я этого не делаю. И вот уже я снова пью, и я не понимаю, почему и как так выходит.

Зависимость – это крах рассудка, вселяющий ужас. Люди, борющиеся с зависимостью, говорят, что хотят остановиться, но даже разрушение носовой перегородки из-за употребления кокаина, исковерканная жизнь, передозировки, судебные тяжбы, увольнения и разлад в семье не могут заставить их это сделать. Они чувствуют себя потерянными, утратившими веру и прежде всего испуганными. Они боятся того, что не смогут измениться, ведь они постоянно сталкиваются с тем, что делают именно то, что хотели бы прекратить.

Уже многие тысячи лет люди страдают от недуга, с которым столкнулась Сьюзен. Найти исторические примеры не всегда легко, потому что в большинстве древних культур не существовало названия для того, что мы сегодня называем зависимостью. У древних греков было слово *philopotês*[7], что означает «любитель возлияний», однако это вовсе не подразумевает наличия проблемы.

Впрочем, в некоторых культурах древности проблема зависимости присутствует достаточно явно. Китайский поэт Тэн Цэнь (Teng Cen) (1137–1224), живший во времена династии Сун, описывает, как заключил с богами пакт, что он не будет пить, однако поддался соблазну во время пиршества и рационализировал этот срыв, убедив себя, что питие заложено в его «истинной природе». Исследователь китайской литературы Эдвин Ван Биббер-Орр приводит еще несколько произведений периода династии Сун, в которых описывается *shi jiu*[8] – любовь к пьянству, сопровождающаяся непреодолимой тягой, желанием и жаждой, по всем признакам соответствующая тому, что мы сегодня называем зависимостью.

Однако один из первых примеров зависимости касается не пьянства, а пристрастия к азартным играм – явления столь же древнего, как сама человеческая цивилизация[9]. В «Ригведе», индийском сборнике ведических санскритских гимнов, одном из древнейших памятников письменности, присутствует наводящий на размышления стих, известный специалистам как «Плач игрока» («Gambler's Lament»). В нем представлено противоречивое описание зависимости от азартных игр. Этот текст, с большой вероятностью написанный более трех тысяч лет назад[10], состоит из 14 строф, в ярких красках описывающих страдания мужчины, безуспешно борющегося со своей страстью к игре в кости (точнее, в орехи, которые использовались в Древней Индии для той же цели).

Уже в начале стихотворения мы узнаем, что за свою дурную привычку герой заплатил большую цену: он оттолкнул от себя преданную жену, мать и всех близких. Однако, несмотря на все несчастья, которые принесли ему кости, он не может остановиться. Он принимает решение не играть с сотоварищами, но, стоит лишь игральным костям подать голос, он спешит к ним, «как спешит любовница»[11]. Тело его горит, он чувствует, будто кости обладают над ним несказанной властью (будто медом намазаны!):

В собрание идет игрок, с собою беседуя,
Подбодряя себя: «Ныне мой будет верх!»
Но пресекают кости стремленье его,
Отдают противнику счастливый бросок.

Ведь кости усеяны колючками и крючками.
Они порабощают, они мучают, испепеляют,
Одаряют, как ребенок, победителя они вновь лишают победы.
Но неистовство игрока обмазывает их медом[12].

Власть костей завораживает. (Обратите внимание: они как будто обладают собственной волей – «мучают», «испепеляют».) Игрока переполняют чувство вины, возбуждение, гнев на кости, презрение к собственной слабости, стыд. Сам бросок костей напоминает ему о собственном падении в пропасть зависимости: «Они катятся вниз[13], они вверх прядают, без рук одолевают имеющего руки». И все же игрок порабощен не полностью, он разрывается между свободой воли и беспомощностью: порой у него получается принять решение, а иногда он совершенно безволен.

Последняя строфа стихотворения звучит загадочно и двусмысленно, современные исследователи толкуют ее по-разному[14]. Согласно одной из трактовок, герой освобождается от страсти к азартным играм и умоляет своих товарищей не сердиться на него за это и постараться освободиться самим. Другая трактовка гласит, что он молит игральные кости пожалеть его, умерить свой гнев и найти себе другую жертву. Имеется и еще одна интерпретация, в которой уже сами кости говорят о том, что бесполезно гневаться на ужасную, всепоглощающую и неподверженную времени власть зависимости над человечеством, – и тогда перевод последней строфы будет звучать так: «Старые друзья, игроки! Будьте к нам добры! Пусть не отталкивает вас наша власть. Умерьте свой внутренний гнев и отдайте нас недругу, которого мы поработим!»[15]

С самых первых страниц этой книги я пользовался словом «зависимость» для обозначения интуитивно понятного нам состояния, но прежде, чем мы двинемся дальше, необходимо пояснить, что зависимость не опухоль и не бактерия, а идея или, скорее, набор идей. Зависимость – это не какой-то отдельный, внешний по отношению к историческому процессу[16] факт, который ожидал, пока некий

исследователь откроет его. Термин «зависимость» появился лишь в последние века, но концепция зависимости в широком понимании может включать в себя все что угодно, от представления о ней как о болезни до философских размышлений о свободе воли и самоконтроле. До того как оформились современные представления о зависимости, многие философы размышляли на эту тему – на самом-то деле они и сформировали фундамент для современного понимания этого явления.

Зависимость часто описывают как дихотомию между свободой воли и непреодолимой тягой[17]. В течение многих веков убежденность в том, что зависимое поведение – это вариант осознанного выбора, оправдывала применение карательных мер, от заключения пьяниц в колодки до ареста за хранение наркотиков. Аргументация проста: если употребление наркотиков – такой же свободный выбор, как любое другое поведение, люди должны нести ответственность за свое поведение и быть готовы к наказанию. Противоположный взгляд, которого сегодня придерживаются нейрофизиологи и правозащитники, состоит в том, что зависимое поведение не является добровольным и люди с зависимостью не могут контролировать свои порывы, а следовательно, заслуживают скорее сострадания и помощи, нежели наказания.

Однако во многих случаях, начиная от игрока из «Ригведы» и заканчивая моей пациенткой Сьюзен, описанная выше дихотомия несостоятельна. Реальный жизненный опыт не соответствует такому жесткому разделению, и многие люди, страдающие зависимостью, находятся где-то в промежуточном положении между свободой выбора и полной потерей контроля. Сьюзен, как и многих людей в ее положении, пугает как раз то, что они вроде бы делают выбор, однако чувствуют, что процесс выбора какой-то неправильный, словно они наблюдают за ним со стороны. Другими словами, мы сталкиваемся с проблемой *расстройства* выбора, с нарушением механизма принятия решений.

У древних греков имелось специальное слово, описывающее поведение вопреки собственным убеждениям: *akrasia*, то есть «слабоволие»[18]. *Акрасия* относится не просто к поступкам, которые могут причинить вред, например к таким, как переесть пирога или потратить слишком много денег на одежду. *Акрасия* – это когда вы

делаете что-то плохое, даже осознавая, что этого лучше не делать, или в моменте понимаете, что ваши действия противоречат здравому смыслу.

Концепция *акрасии* довольно неоднозначна. В диалоге Платона «Федр» Сократ развивает мысль, что *акрасия* тоже является результатом выбора. У нас может произойти внутренний конфликт, когда врожденное стремление к удовольствиям и приобретенное нами мнение относительно нравственного блага «находятся в разладе»[19], однако человек никогда не пойдет против собственных интересов. И хотя Сократ допускает, что люди могут принимать решения под влиянием мимолетного желания или отвращения, он утверждает, что в момент истины человек всегда выбирает то, что, по его мнению, будет для него лучше. В известной цитате из диалога «Протагор»[20] Сократ говорит: «Никто – если он знает или предполагает, что нечто иное, и притом выполнимое, лучше, чем то, что он совершает, – не станет делать того же, что раньше, коль скоро возможно нечто лучшее»[21].

Аристотеля тема *акрасии* тоже очень занимала[22]. Для него было очевидно, что порой люди поступают вопреки здравому смыслу. В понятии свободы выбора он видел больше нюансов и полагал, что внутренние конфликты могут разными способами влиять на процесс принятия решений. Он спрашивает: разве не могут эмоции и заблуждения встать на пути у здравого смысла? Современный американский философ Альфред Мele описывает это на примере, в котором многие узнают себя: допустим, некий Фред решает на месяц отказаться от десертов. Спустя несколько недель его решимость начинает таять. Он видит в холодильнике кусок пирога[23]. Он чувствует соблазн и говорит себе: «Лучше мне его не есть». А потом, по-прежнему говоря себе, что это плохая идея, Фред достает пирог из холодильника, несет его к столу и съедает все до последней крошки. Сократ приписывал плохие решения неведению[24], однако в этом описании *акрасии* Фред полностью осознает свои действия и их последствия.

Ученик Сократа Платон развил собственную теорию. Потерю самоконтроля он считает результатом разделенного «я» и внутреннего конфликта. В качестве иллюстрации он приводит знаменитую метафору колесницы, где душа-возничий пытается править двумя

конями[25], один из которых олицетворяет положительные нравственные устремления, а другой – неуправляемые страсти. Кроме того, такое представление часто встречается в классической античной литературе, к примеру в «Метаморфозах» Овидия, где Медея разрывается между любовью и долгом[26]: «Но против воли гнетет меня новая сила. Желаю я одного, но другое твердит мне мой разум»[27].

В современных исследованиях зависимости концепция разделенного «я» чаще всего используется для объяснения расстройства выбора. К примеру, в работах по поведенческой экономике описан эффект обесценивания отсроченного вознаграждения (*delay discounting*)[28] – когда небольшому, но немедленному вознаграждению отдается предпочтение перед бóльшим, но отсроченным. Этот эффект универсален и действует в разных областях человеческой жизни, однако наиболее ярко проявляется в зависимости. Немедленное вознаграждение обладает повышенной ценностью и побуждает людей к импульсивным поступкам, которые ощущаются как потеря контроля. Этот процесс можно рассматривать не как «отказ системы контроля», а как сбой механизма «межвременного торга» (*intertemporal bargaining*) [29], при котором наше нынешнее «я» ведет переговоры с будущим «я» и зачастую побеждает вопреки доводам рассудка.

Помощь в выборе такого типа может быть эффективным компонентом лечения зависимости. Самый наглядный пример относится к 1980-м годам, когда Стивен Хиггинс, психолог из Вермонтского университета, разработал программу лечения кокаиновой зависимости на основе системы управления непредвиденными обстоятельствами (*contingency management*). К обычному психологическому консультированию Хиггинс добавил систему ваучеров[30], которые приносили пациентам небольшие вознаграждения – например спортивный инвентарь или билеты в кино – в случае, если анализ мочи на кокаин оказывался отрицательным. За долгое воздержание полагались дополнительные бонусы. Эта стратегия оказалась весьма успешной. В одном из ранних экспериментов более 55 % пациентов, получавших ваучеры, воздерживались от употребления наркотиков в течение 10 недель.

Среди пациентов, получавших обычное лечение, такого результата смогли достичь лишь 15 %.

Спустя несколько десятилетий дополнительных исследований появились сильные аргументы в пользу этого метода, особенно при работе со злоупотреблением стимуляторами, для которого не существует эффективного медикаментозного лечения. В моем собственном случае эта система работала наоборот: я должен был регулярно сдавать мочу на наркотики и алкоголь, и это служило мне своего рода отрицательным подкреплением. Поначалу я не готов был полностью отказаться от употребления спиртного, но на кону была моя врачебная лицензия, поэтому я каждый раз выбирал не пить. Эффективность такого отрицательного подкрепления во многом объясняет феноменальную успешность программ реабилитации для врачей: не менее 75 % ремиссий на пятилетнем отрезке, что превосходит показатели любых других программ лечения зависимости.

И все же некоторые люди не бросают, хотя платят за это ужасную цену. Оставшиеся 25 % не дотягивают до пятилетней отметки. Некоторые из моих товарищей по программе реабилитации пережили рецидив, хотя старались изо всех сил, и никто из них в момент срыва не думал, что для них будет лучше снова начать пить или употреблять наркотики. На мой взгляд, это свидетельствует не о силе примитивного желания, а о сложности и загадочности внутренних механизмов, скрывающихся за стереотипами.

В первый год после выпуска из колледжа, когда мои однокурсники поступали учиться в аспирантуру или устраивались на свою первую работу, я оказался в Южной Корее. Однажды я, давно утратив чувство направления, сидел на заднем сиденье такси, пробирающегося по лабиринту улиц Сеула. Я и мой новый друг Рави приехали сюда на годичную стажировку, и предполагалось, что все лето мы учили корейский, но я был занят в основном тем, что пропивал стипендию и наслаждался свободой. Когда я уезжал, мой репетитор по корейскому обратился ко мне с одной только просьбой: «Если встретишь моих знакомых, прошу, не рассказывай, что ты учился у меня». Я даже с водителем такси не мог поговорить.

Я рассчитывал, что получу интересный опыт, и так оно и оказалось. В соответствии с программой стажировки я попал в южнокорейскую нейробиологическую лабораторию, где меня не слишком обременяли заданиями. Я пел с оперной труппой, с удовольствием выходя на бис, чтобы исполнить что-нибудь из «Призрака оперы». Я объездил чуть ли не всю Восточную Азию. Будучи давним поклонником буддизма, я нашел себе учителя дзена и начал исследовать духовные практики.

Однако я страдал и, что страшнее всего, не до конца понимал почему. Я провел четыре года в парадигме меритократии, в погоне за достижениями, и теперь, когда колледж уже закончился, а медицинский университет еще не начался, когда никому ничего не надо было доказывать, мне не хватало лихорадочной деятельности, которая унимала бы внутреннего критика, вечно ворчавшего, что я делаю недостаточно. Я попытался воссоздать прежнюю среду: составлял себе амбициозные расписания занятий, планировал самостоятельно изучать когнитивную нейробиологию, чтобы подготовиться к поступлению в медицинский. Вместо этого я проводил свою корейскую стажировку за игрой в StarCraft, часами не отлипая от компьютера. Я удалял игру и снова устанавливал, устанавливал и снова удалял. По ночам я постепенно скатывался в пьянство. Я часто допоздна шлялся по барам или же покупал маленькие зеленые бутылочки соджу, которые выпивал у себя в квартире. По утрам я чаще всего просыпался, терзаясь раскаянием, и строил отчаянные и амбициозные планы, как мне вернуться на путь истинный.

Последствия не заставили себя ждать. За одну неделю я умудрился проспать совещание в лаборатории, где должен был делать доклад, и, что еще хуже, пропустил поход в тематический парк, где я должен был сопровождать группу сирот. Я чувствовал, что жизнь моя летит под откос, что я упускаю потрясающие возможности. Я не мог понять, что со мной не так.

Я задался вопросом, не превратился ли я в алкоголика, как мои родители, но быстро отмел это предположение. Я был убежден, что зависимость – это непреодолимая тяга, полная потеря контроля, а у меня все было не настолько плохо, мои действия пока еще не выходили за рамки. Я решил, что моя проблема – недостаток дисциплины, или планирования, или личностного развития. Я пытался

медитировать, но это не сработало – и я сам не заметил, как вернулся к компьютеру, игре в StarCraft и соджу.

Оглядываясь назад, я понимаю, что это и был переломный момент в развитии моей зависимости: не поведенческий шаблон, не серьезность последствий, а именно мое представление о том, что такое зависимость, и вывод, что у меня ее нет. Я уцепился за мнимую пропасть между проблемами родителей и моими собственными, и это помешало мне принять эффективные меры.

В возрасте 17 лет один одаренный молодой человек по имени Августин, родившийся в римской провинции в Северной Африке, покинул отчий дом в Тагасте (на территории современного Алжира) и отправился на учебу в шумный мегаполис Карфаген (находившийся на территории современного Туниса). Был он юношей высоконравственным и религиозным, он видел в философии путь, который выведет его из родного захолустного городка и позволит возрасти в христианской вере. Однако в Карфагене он неожиданно обнаружил, что вокруг него «котлом кипела позорная любовь»[31]. Как он позже написал в своей знаменитой «Исповеди»[32]: «Я метался, растрачивал себя, разбрасывался, кипел в распутстве своем… надо мною подъяла скипетр свой целиком меня покорившая безумная похоть»[33].

Августин Блаженный – не только один из самых значительных философов в ранней истории христианства и, быть может, важнейший из отцов церкви, но и автор одного из первых задокументированных примеров борьбы с зависимостью[34]. Его «Исповедь» можно назвать мемуарами зависимого человека. Первая 12-ступенчатая группа, посвященная любовной и сексуальной зависимости, была также известна как «Братство Августина», поскольку один из ее участников, читавший «Исповедь», заявил: «Он явно был одним из нас»[35].

Впрочем, скорее всего, участники группы не осознавали, насколько невинным было «распутство» Августина по современным меркам. В своих сексуальных похождениях он по большей части оставался моногамным и верным партнером, но его терзало чувство вины за то, что он получал удовольствие от секса. Позже он полностью отказался от половых контактов, однако его мучило[36] чувство желания и эротические сны – хотя только в снах он позволял себе лишнее. С

учетом всего этого может показаться неправомерным называть его трудности зависимостью. Как правило, «зависимость» подразумевает пограничные состояния, резко выделяющиеся на фоне всего общества и влекущие за собой тяжелые последствия. Зависимость же Августина существовала главным образом в его уме.

Августин работал над разрешением фундаментальной теологической проблемы: предполагается, что Бог всемогущ, однако в мире существует грех. В наши дни грех обычно связывают с понятиями вины и коррупции, Августин же стремился понять природу явления, присущего человеку: почему люди отвергают то, что им известно как благо, и обращаются на путь страдания? В частности, его интересовала саморазрушительная тяга к греху ради самого греха, которую Эдгар Аллан По позднее назвал «духом противоречия» (*the spirit of Perverseness*)[37]: «Эта непостижимая склонность души к самоистязанию – к насилию над собственным своим естеством, склонность творить зло ради зла»[38]. Но как такое возможно, если Бог всемогущ? Августин полагал, что все люди наделены от Господа волей, однако воля эта отягощена «первородным грехом» Адама и Евы, и от него люди преисполняются похоти и иррациональных желаний. С точки зрения Августина, до грехопадения секс не сопровождался похотью и физическое возбуждение полностью подчинялось волевому контролю. Но дело было не только в похоти: первородный грех кардинально изменил человеческую природу[39], ослабив нашу волю, сделав ее свободной и в то же время очень ограниченной.

Августин не видел различия между своей «зависимостью» от похоти и другими формами страдания – для него все это суть проявления искаженной воли, главной концепции всей его жизни. Он постоянно пытался добиться большей самодисциплины в самообразовании, наставлял самого себя: «Некогда читать мне… Нет, надо все-таки распределить часы, выбрать время для спасения души». По мере того как умножались его знания, как росли его слава и богатство, он все больше утверждался в мысли, что пристрастие к достижениям и успеху – столь же греховное искажение воли[40], как и низкое пристрастие к пьянству. Однажды он прогуливался по Милану, в волнении готовя речь для выступления, и заметил нищего пьяницу, смеющегося на улице, и внезапно понял, что оба они страдают от одного и того же безумия. Быть может, подумал он, нищему пьянице

даже легче: оба они гонятся за счастьем, но пьяница может проспаться, тогда как сам Августин день за днем мучается жаждой славы.

Религиозные философы долгое время видели в таких мысленных пристрастиях корень человеческого страдания. Раннехристианские отцы-пустынники уединялись в пустыне, чтобы успокоить и очистить свой ум[41], попытаться освободиться от всякого рода впечатлений. Мейстер Экхарт старался практиковать отрешенность (*Gelassenheit*), состояние непривязанности, освобождения от внешнего мира и предвзятых представлений о Боге. Буддийские учителя также учили, что самая фундаментальная зависимость – это ум, цепляющийся сам за себя, ищущий определенности и облегчения. Именно об этом говорилось в самой первой проповеди Будды, который считает беспокойство и ненасытную жажду ума основной причиной человеческого страдания, *дукха*[42]. Ранние буддийские сутры полны отсылок к этому диагнозу, описанному в весьма схожих терминах. В одной из них это беспокойство названо «душевной болезнью», свойственной всем разумным существам в мире, за исключением тех немногих, кто сумел преодолеть «пьянящую тягу»[43] к удовольствиям (а также жажду существования и жажду несуществования, раз уж на то пошло). С этой точки зрения нет никакой разницы между тем, что мы называем зависимостью, и любыми другими попытками заглушить внутреннюю неудовлетворенность и поддержать искаженное представление о себе.

В наши дни самый распространенный взгляд на зависимость состоит в том, что это особая болезнь, носители которой четко отделены от всего остального общества, однако Будда и Августин в каком-то смысле предвосхитили альтернативное понимание проблемы, которое в наши дни только набирает обороты. Некоторые современные теории физиологии подкрепляют идею о том, что зависимость – это просто одна из форм проявления обычных, хотя и неблагоприятных, физиологических процессов[44]. Так, некоторые теории объясняют зависимость «психологической негибкостью»[45], попытками управлять негативными эмоциями или избегать встречи с ними, спрятаться от них в зависимом поведении, которое включает в себя не только злоупотребление психоактивными веществами, но также постоянную тревогу, руминацию, аутостимуляцию и прочие способы

забыться. Подобные стратегии избегания используются для самопомощи[46]; таким образом, зависимость – не поверхностное проявление «глубинной» проблемы, а, скорее, одним из вариантов универсального поведения, признаком того, что человеческая психика не всегда эффективно реагирует на боль.

Идея зависимости как одного из проявлений универсального свойства человеческой психики может показаться раздражающе дерзкой, поскольку идет вразрез с привычными нам представлениями о том, что «зависимые» люди кардинальным образом отличаются от «нормальных». Это бинарное противопоставление долгое время оставалось главным постулатом редукционистского подхода, который объясняет зависимость нарушением работы мозга. Однако представление о зависимости как об отдельном заболевании подвергается сомнению в свете последних масштабных исследований в области психиатрии, равно как и представление о любых психических расстройствах как дискретных сущностях. Долгие годы в психиатрии главенствовала идея, что психические нарушения представляют собой стройную систему с четкими диагностическими критериями[47], однако сегодня растет признание того, что все душевные болезни скорее являются частью непрерывного континуума. К примеру, расстройства употребления психоактивных веществ распределяются на некой шкале или спектре[48], где отсутствует четкое разделение между легкими и тяжелыми случаями. Именно поэтому в последней версии Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM), разработанного Американской психиатрической ассоциацией, отказались от деления на диагнозы «злоупотребление психоактивными веществами» и «зависимость от психоактивных веществ». Концепция «спектра» набрала популярность при диагностировании самых различных нарушений, от аутизма и инвалидности до целого ряда других расстройств, и движение за нейроразнообразие[49] стремится опровергнуть представление о том, что психические нарушения в принципе являются патологией. Эта тенденция символизирует большой шаг вперед, причем не только для науки, но и для истины как таковой: она означает снятие искусственно возведенных барьеров между «нами» и «ними», отказ от упрощенческого представления о «нормальном» и «ненормальном»,

которое мешает увидеть, что психические расстройства являются элементом более сложной системы[50].

Люди употребляют наркотики не без причин: банальность этого утверждения уравновешивается лишь нашей неспособностью увидеть и осознать это. Это проходит красной нитью через все мемуары о зависимости. Кэролайн Нэпп описывает, как «спиртное заняло место любовника и постоянного спутника», поддерживая иллюзию эмоциональной подлинности, которая будто бы открывала доступ к более искренним и полным чувствам. Уильям Берроуз[51] пишет, что героин дает «кратковременную свободу от требований стареющей, осторожной, ворчливой, напуганной плоти»[52]. Оуэн Фланаган, выдающийся философ, подробно писал о собственной алкогольной и бензодиазепиновой зависимости, которая излечивала «экзистенциальную тревогу, из-за которой мне было неспокойно находиться в собственной шкуре»[53].

Я думаю о том, как впервые попробовал алкоголь на пивной вечеринке у одного из сынков-мажоров на первом году старшей школы. Я был ботаном и играл в школьном оркестре, меня на такие вечеринки обычно не приглашали, но на эту позвали весь класс, даже меня.

Представление о первом глотке спиртного как о волшебном эликсире – расхожее клише, но для меня все оказалось именно так. В похожем на пещеру цокольном этаже дома в Нью-Джерси я выпил из красного пластикового стаканчика водянистого разливного пива и понял: весь фокус не в том, что прибавляется, а в том, что вычитается. Моя застенчивость и социофобия куда-то испарились, я чувствовал себя свободным, расслабленным и радостным, я ощутил свою связь с людьми. Я пил пиво через воронку, и школьные задиры, которые стреляли в меня из пневматики и избивали, теперь мне аплодировали. Дойдя до дома с приятелем из секции саксофона, я упал на лужайку перед крыльцом и почувствовал, как земля бережно подхватила меня. Меня наполнило такое чувство безопасности, что я засмеялся, вздохнув глубоко, как будто у меня гора с плеч свалилась.

Алкоголь стал мне хорошим другом и соратником на весь остаток учебного года, а когда настало время поступать в колледж, я явился на собеседование в Массачусетский технологический с бодуна, к тому же

опоздал. Это был университет моей мечты, и я профукал свой шанс.

Рассуждения Августина в «Исповеди» актуальны и сегодня благодаря живым и запоминающимся описаниям его внутренней борьбы. В глубине души он стремился к целомудрию, однако не мог противостоять своим сексуальным желаниям: «И две мои воли, одна старая, другая новая; одна плотская, другая духовная, боролись во мне, и в этом раздоре разрывалась душа моя»[54]. Несколько десятилетий назад немецкие врачи ввели в обиход термин *das Nichtaufhörenkönnen*[55], буквально «неспособность остановиться», который считался главным диагностическим критерием «истинного алкоголизма», а в наши дни некоторые исследователи утверждают, что лучший термин, передающий самую суть зависимости, – *акрасия*[56]. Их аргументация строится на том, что, вероятно, расстройства употребления психоактивных веществ и в самом деле представляют собой непрерывный спектр, и мы не можем провести определяющую черту, за которой начинается зависимость, на основании тяжести злоупотребления, однако мы наверняка можем провести эту черту, основываясь на субъективном ощущении потери контроля.

Существуют и другие исторические личности[57], которые вполне подходят под диагноз зависимости, но не всегда известно, вели ли они столь же напряженную внутреннюю борьбу, как Августин. Их примеры подводят нас к еще одной трудности, связанной с понятием зависимости. Марк Антоний (возлюбленный Клеопатры), по-видимому, был подвержен пьянству: однажды его стошнило прилюдно, когда он выступал на суде, будучи ближайшим соратником Цезаря. «Начальник конницы, для которого даже рыгнуть было бы позором, извергая куски пищи, распространявшие запах вина, замарал переднюю часть своей тоги и весь трибунал!»[58] – пишет Цицерон во второй филиппике против Марка Антония[59]. И хотя Марк Антоний опубликовал книгу в защиту и оправдание своего легендарного пьянства, его современники, например Сенека Младший, называли алкоголь главной причиной его падения[60]. Отметим также, что в любой биографии Александра Македонского[61] можно найти указания на усугубляющиеся проблемы, вызванные алкоголем: он сжег дотла Персеполь во время попойки, убил своего любимого наставника и

друга Клита Черного в пьяном угаре, проводил алкогольные состязания, в которых десятками гибли его соратники, продолжал пить вопреки советам врачей, даже страдая от тяжелой лихорадки, и умер, не дожив всего месяц до 33 лет.

Все эти примеры указывают на гетерогенность явления зависимости. Сегодня принято говорить о зависимости так, как если бы она была чем-то единым, не только ясно и однозначно отделенным от «нормы», но и более или менее одинаковым у разных пациентов. На самом же деле зависимость проявляет себя очень разнообразно, в том числе и на уровне самовосприятия. Некоторые люди категорически отрицают наличие проблемы, у них нет никакого ощущения внутреннего конфликта, даже когда их зависимость очевидна при взгляде со стороны.

В отделения неотложной помощи часто попадают люди, чье здоровье серьезно подорвано зависимостью, и тем не менее они не признают ее как факт. В одном отчете из больницы «Белвью» описан случай 32-летнего пациента с тяжелой алкогольной зависимостью[62]: в его медицинской карте было зафиксировано 432 поступления в отделение неотложной помощи и девять попаданий в реанимацию, а впоследствии смерть от переохлаждения. Зависимость представляет угрозу жизни независимо от того, что люди говорят о своем внутреннем конфликте или отсутствии такового. Такие пациенты не подпадают под определение зависимости через *акрасию*, однако подпадают под более широкое определение зависимости, которое подразумевает «регулярное употребление, несмотря на негативные последствия для здоровья».

Это различие в определениях чрезвычайно важно. Определение зависимости «извне», не принимающее во внимание самовосприятие, позволяет установить диагноз без участия пациента. Это открывает возможности для разного рода вмешательств, принудительного лечения и системы внешнего контроля над людьми с расстройством употребления психоактивных веществ. Такое определение и различные его вариации долгое время лежали в основе карательных подходов к зависимости.

Актуальное Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам не проводит такого различия. Оно опирается на зонтичный термин «расстройство употребления

психоактивных веществ»[63], который включает в себя как объективные, так и субъективные диагностические критерии. Расстройство употребления психоактивных веществ может быть выявлено на основании самодиагностики пациента – например, критерием может служить то, что он часто употребляет больше, чем планировал. Однако этот же диагноз можно поставить исходя из более объективных критериев: к примеру, если пациент тратит много времени на деятельность, связанную с употреблением веществ, испытывает проблемы дома и на работе или употребление веществ представляет угрозу его здоровью.

Авторы диагностического руководства намеренно пошли на этот компромисс, так как это позволило повысить надежность диагностических критериев. Но платой за надежность критериев[64] стала утрата гетерогенности в восприятии зависимости. К примеру, сегодня среди правозащитников и активистов распространено мнение, что следует заменить термин «человек с зависимостью» термином «человек с расстройством употребления психоактивных веществ», так как последний является более сострадательным и менее стигматизирующим. Однако предложенные термины нельзя считать полностью равнозначными: диагноз «расстройство употребления психоактивных веществ» охватывает множество людей, испытывающих проблемы с веществами, однако не обязательно чувствующих по этому поводу внутренний конфликт или идентифицирующих себя как зависимых.

Альтернативная стратегия состоит в том, чтобы провести более четкие разграничения внутри этого гетерогенного поля. Аристотель считал целесообразным выделить несколько типов *акрасии* и отличать «сознательную» *акрасию* от более губительной «невоздержанности», когда человек импульсивно следует своим страстям и желаниям. Аналогичным образом американский философ Гарри Франкфурт в знаменитой статье 1971 года[65] проводит различие между «добровольным» и «недобровольным» наркоманом: и тот и другой испытывают желание принять наркотик, однако добровольный наркоман не испытывает по этому поводу внутреннего конфликта, тогда как недобровольный не хочет этого хотеть. «Недобровольный» наркоман, таким образом, имеет субъективную зависимость, как Августин Блаженный или моя пациентка Сьюзен, которая страдает от

ощущения утраты контроля. Александр Македонский, скорее всего, относился к типу «добровольных», как и бесчисленные завсегдатаи отделений неотложной помощи и палат интенсивной терапии.

Диагностика – тонкое искусство, и она лишь осложняется объемом работы, которую влечет за собой тот или иной диагноз. От того, считаем мы то или иное заболевание психическим нарушением или нет, зависит очень и очень многое[66] не только в медицине, но и в юриспруденции, политике и социологии: это влияет на страховые выплаты, на вынесение обвинительного или оправдательного приговора, на философию и этику, поскольку, называя что-либо болезнью, мы тем самым признаем это состояние недобровольным, а следовательно, признаем, что человек не несет за него вины. Диагноз «расстройство» может означать разное для разных людей: для ученого, который ищет финансирование на свои исследования, для врача, который объясняет пациенту риски и варианты лечения, для правозащитника, который борется за социальные изменения, и, в конце концов, для человека, который пытается осознать свою идентичность.

На сегодняшний день единственно верным решением представляется соблюдать точность и осторожность при описании столь сложного и многогранного концептуального поля, что в свою очередь порождает новый вопрос: откуда изначально появилось слово «аддикция», которым мы обозначаем зависимость в научной литературе?

В июле 1533 года молодой человек по имени Джон Фрит, всего восемь лет как окончивший Кембридж, был заключен в тюрьму лондонского Тауэра, а позже сожжен живьем как еретик. Будучи тайным членом движения Реформации, которому на тот момент не было и 20 лет, Фрит долгое время скрывался в подполье и писал памфлеты и книги, критикующие католическую церковь. И хотя он был лишь одним из сотен протестантских мучеников, погибших за веру, он стал первым, по признанию современных лингвистов, кто употребил слово *addict* в английском языке[67], – причем ни много ни мало цитируя самого папу римского.

Термин «аддикция» происходит от латинского *ad-dicere*, что значит «присуждать, приговаривать». В классической латыни был юридический термин *addicere*, означавший «передать в

собственность». Имелось и слово *addictus* – так назывался дебитор, который передавался в рабство кредитору в уплату долга[68], и некоторые современные авторы охотно ссылаются на этот факт, чтобы подчеркнуть недобровольный, рабский характер явления зависимости. Но у слова имелись и другие значения. Термин *addicere* также относился к авгурам – явлению воли богов через знаки и предзнаменования, например полет птиц, – и означал глубокую преданность[69], привычное поведение или явное предпочтение. Джон Фрит в вышеупомянутом тексте пишет следующее: «Судите… обо всех этих вещах невооруженным взглядом / не будьте частично *подвержены* (*addict*)[70] тому или иному / Но судите о них согласно Писанию». То есть он убеждает читателя судить непредвзято, не привязываться к предубеждениям.

Для Фрита и других реформаторов слово *addict*, «подверженный», значило очень много. Оно было заимствовано из латыни, в которой многие английские писатели того времени черпали слова для пополнения своего вокабуляра и выражения новых понятий. Многие из тогдашних заимствований не прижились, однако это слово осталось в языке. В языке ранних реформаторов слово *addict* несло большую понятийную нагрузку – в нем присутствовали глубина и сложность, которые указывали на неизведанную серую область между свободой воли и принуждением[71].

Важно отметить, что это слово описывало не состояние и не статус, а действие. Аддикция в понимании ранних протестантов не «случалась» с человеком, она не была силой, которая сломила его волю, – он сам ее выбирал. «Подвергнуть» себя чему-то неправедному, как Фауст, считалось страшным делом, однако вместе с тем такая «подверженность» заслуживала прославления как пример почти героической преданности и верности[72].

Такая аддикция далеко не всегда несла в себе негативные коннотации. Надменный человек мог быть подвержен гордыне, злодей мог быть подвержен греху[73], а верующий – идее служения. Слово *addict* обозначало, таким образом, парадоксальное явление «добровольного подчинения себя»[74], объединяя в своем значении активное действие и утрату личного контроля. Это был активный отказ от свободы воли, свободный выбор в пользу несвободы. Этот парадокс

удивительно точно передавал главную теологическую проблему того времени, и благодаря этому слово обрело такую популярность.

Ранние протестанты, как и Августин, много размышляли о судьбе, свободе и подчинении воли. Протестантская традиция особенно много внимания уделяет свободе, связывая спасение с идеей самодисциплины[75]. Пьеса Кристофера Марло «Трагическая история жизни и смерти доктора Фаустуса»[76] породила столько конкурирующих интерпретаций (Мог ли Фауст поступить иначе? Следует ли видеть в его судьбе мрачное предзнаменование или критику кальвинистского детерминизма?), что ходили слухи о зрителях, сходивших с ума во время спектакля, и настоящих дьяволах, появляющихся на сцене. Но история доктора Фауста – не просто рассказ о судьбе и проклятии, это описание особого типа преданности, который ведет к утрате свободы. В этой связи примечательно, что в англоязычном издании «Народной книги» 1592 года Фауст описывается как *addicted*, «подверженный»[77].

Несмотря на нашу склонность рассматривать аддикцию довольно узко – как серьезное нарушение поведения, чаще всего связанное с употреблением психоактивных веществ, – в повседневном языке мы часто говорим в терминах зависимости о своих предпочтениях, называя любимое телешоу, или приложение, или еду, или новое хобби «своим наркотиком». Я знаю, что это покоробило бы некоторых врачей и исследователей, и раньше меня тоже это беспокоило, пока я не понял, что такое употребление как раз очень точно отражает многогранность и сложность самого понятия, подразумевающего и нарушение выбора, и универсальность, и разнообразие проявлений зависимости.

С самого начала слово «аддикция» было не узким описанием медицинской проблемы, а невероятно богатым и сложным понятием, отсылающим к глубинным загадкам человеческой души. Этот термин связан не только и не столько с наркотиками, сколько с вопросами выбора и свободы воли, а также с извечной проблемой неспособности человека контролировать самого себя. Говоря о зависимости, мы обязаны выражаться ясно, но не менее важно осознавать парадоксальную сущность этого понятия: лучше сразу принять его емкость и гибкость, нежели пытаться преодолеть пять веков его существования в человеческой культуре. Можно считать понятие

аддикции ошибочным – ведь оно настолько расплывчато и изменчиво, что может казаться бессмысленным и вводящим в заблуждение. А можно рассматривать его как палец, указывающий на луну, – загадочный и порой сбивающий с толку, но такой человеческий жест. Я предпочитаю второе.

Два. Эпидемия

В конце октября 1492 года Христофор Колумб начал терять терпение. Его первая экспедиция проходила неудачно: матросы были на грани бунта[78], торговля с аборигенами, таино, шла ни шатко ни валко. Колумб жаждал найти золото или, на худой конец, установить контакты с Китаем (он был убежден, что экспедиция добралась до краев Азии, – и до конца жизни пребывал в этом заблуждении). К 1 ноября, когда корабли Колумба бросили якорь у северо-восточного побережья Кубы, он решил, что достиг материка. Колумб отправил на берег, покрытый буйной растительностью, несколько человек, включая разведчика по имени Родриго де Херес, с рекомендательными письмами к великому хану.

Де Херес и его спутники вернулись пять дней спустя. Они набрели на большое поселение таино, однако, к разочарованию Колумба, не обнаружили ни специй, ни золота, ни каких-либо признаков великой китайской империи. Единственным любопытным открытием стало то, что местные аборигены скручивают в трубочку листья какого-то неизвестного растения[79], поджигают их и затем вдыхают дым.

Подобная деятельность была им совсем не знакома (в Европе в то время еще ничего не знали о курении), и разочарованный Колумб даже не догадывался, что наткнулся на растение, которое в будущем станет основой многомиллиардной индустрии. Де Херес моментально, как это часто бывает, пристрастился к табаку и привез эту привычку с собой в родной городок Аямонте на юго-западе Испании, где его соседи пришли в такой ужас от вида выдыхаемого изо рта дыма, что донесли на него инквизиции, обвинив в колдовстве. Де Хереса посадили в тюрьму[80] на семь лет. К тому времени как его выпустили на свободу, табак из дьявольского растения превратился в последний писк моды в европейских высших кругах, а затем распространился по всей Евразии, так что современная культура без него просто немыслима.

У каждой цивилизации на Земле складываются собственные отношения с психоактивными веществами. В некоторых случаях люди и наркотики сосуществуют мирно – как, например, таино и табак, –

поскольку социальные устои и традиционная мудрость держат ситуацию в узде. Однако временами эти отношения могут становиться напряженными, особенно когда новый наркотик – или новая вариация старого – запускает волну злоупотребления. В течение многих веков подобные волны и связанные с ними проблемы привлекали большое внимание и звались «эпидемиями».

Использование термина «эпидемия» в отношении волны злоупотребления наркотиком не вполне точно и иногда приносит очевидный вред[81]. Во-первых, под этим словом может подразумеваться возросшая доступность наркотиков, рост употребления, или ущерба, или зависимости. Во-вторых, слово «эпидемия» предполагает некую медицинскую модель, потенциально игнорирующую другие социальные факторы и считающую наркотики своего рода патогеном, который необходимо уничтожить. Это очень важные оговорки, и важно осознать, что, называя очередной наркокризис эпидемией, мы не должны возлагать ответственность за него только на систему здравоохранения или пытаться уничтожить все наркотики подчистую. Тем не менее далее в книге я буду называть эти явления эпидемиями – прежде всего потому, что именно так они трактовались и обсуждались в течение нескольких столетий.

Внимательнее приглядевшись к этим повторяющимся эпидемиям, мы можем лучше понять движущие ими силы и представления о зависимости, которые возникают в результате. После того как современный мир пережил целый ряд таких эпидемий, случавшихся с незавидной регулярностью начиная с открытия табака, этому появилось несколько возможных объяснений: варварские и опасные наркотики, циничные денежные интересы, глубинные социальные проблемы. Взглянув шире, можно увидеть, что каждое из объяснений содержит долю правды, поскольку все эти силы сосуществуют и порой тесно переплетаются, однако зачастую эпидемии порождают панику, несоразмерную нанесенному ими вреду.

Путешествия Колумба происходили на заре новой эры, которую Дэвид Кортрайт, один из ведущих современных историков, занимающихся проблемой зависимости, назвал «психоактивной революцией»[82]. Эта эра ознаменовалась регулярным появлением все новых мощных и зачастую пугающих психоактивных веществ. Хотя алкоголь и был широко распространен, Европа на рубеже XV–XVI

веков оставалась поразительно наивной в отношении большинства других наркотиков, хорошо известных сегодня: от кокаина и табака до кофе и чая. Однако с 1500 по 1789 год неудержимое стремление к развитию межконтинентальной торговли и новым завоеваниям подарило европейцам не только торговые маршруты, но и множество экзотических растений, оказывающих мощное воздействие на тело и ум, а также, что не менее важно, новые способы их употребления.

Всего за несколько десятилетий после появления в Европе кофе, чай и шоколад превратились в легкие наркотики массового употребления[83], сделав новые способы расширения сознания доступными широким слоям населения и увеличив ассортимент наркотиков, употребляемых «не по назначению». Даже сахар был поначалу редким «лекарством», предназначенным лишь для королей и аристократов, и лишь намного позже стал краеугольным камнем современной западной диеты. Аналогичным образом опиум использовался в первое время исключительно для медицинских целей, но уже в XVI веке бесстрашный португальский врач и ботаник по имени Гарсия да Орта прислал из Гоа весть, что в индийском обществе некоторые люди употребляют опиум[84], чтобы разрешить свои психические проблемы. Отчет да Орты был одним из многих свидетельств немедицинского применения опиума, появившихся в последующие годы, в частности в начале XIX века в рамках увлечения Востоком среди представителей романтизма, включая Сэмюэла Тейлора Кольриджа.

По мере того как новый наркотик становился все более распространенным в широких слоях населения и все чаще употреблялся для развлечения, а не в медицинских целях, он порождал новое явление: страх перед наркотиками. Страх перед наркотиками – это форма моральной паники, которая почти всегда поддерживается, а порой даже инициируется элитами с целью поддержания социального порядка в обществах, переживающих стремительные изменения. Табак считался поначалу особым, редким лекарством, практически панацеей, с которой французскую аристократию познакомил молодой дипломат по имени Жан Нико[85]. В Англии сэр Уолтер Рэли стал основоположником моды на рекреационное курение, которое в первое время ассоциировалось с представителями праздного класса. Денди учились выдувать сложные дымовые кольца и облачка, «дымящие

кавалеры» носили с собой табакерки из золота, серебра и слоновой кости, а трубку разжигали, поднося уголек на острие шпаги[86]. Но когда табак начал распространяться на все остальные социальные слои, он вызвал сильный страх и все более отчаянные попытки взять его употребление под контроль. Джахангир, падишах империи Великих Моголов, полностью запретил курение. Папа римский Урбан VIII угрожал любителям нюхательного табака[87] отлучением от церкви (по слухам, папа был возмущен рассказами о священниках, у которых случались от него приступы чихания во время мессы). Русские, японские и китайские правители[88] вводили суровые наказания за употребление табака. В 1620–1630-х годах султан Османской империи Мурад IV карал любителей табака высокими штрафами, а иногда и смертью: однажды он казнил 20 своих офицеров «после жесточайших пыток»[89]. Но что бы они ни делали, распространение табака было не остановить. Некоторые из тех 20 вояк, которых приказал казнить Мурад IV, тайком пронесли с собой в рукавах трубки, чтобы сделать несколько последних затяжек перед смертью.

Негативное отношение к наркотикам в тот период было тесно связано с боязнью всего чужеродного, с классовыми предрассудками, отвращением к греху и со стремлением пресекать подрывную деятельность. Английский король Яков I, серьезный и набожный человек, непримиримый враг греха и колдовства, обратил свои силы на борьбу с новой опасностью, выпустив в 1604 году трактат под названием «Протест против табака»[90], в котором критиковал своих подданных за подражание «варварским и животным манерам диких, безбожных и раболепных индийцев, особенно этой мерзкой и зловонной привычке». За ним последовали другие авторы, поднявшие панику по поводу «страшной чумы»[91]. Страх перед наркотиками, распространенный в то время, не имел ничего общего с реальным ущербом здоровью или боязнью «зависимости» – люди пока еще не осознали всех рисков, связанных с курением табака, а идея зависимости как медицинской проблемы, связанной с наркотиками, еще даже не была сформулирована. Однако, как нам известно сегодня, табак приносил реальный вред и нес в себе иную, более коварную

угрозу.

В детстве мне очень нравилось побережье Нью-Джерси. Я обожал широкий променад, где были установлены палатки с карнавальными играми. Все лето я проводил у шумных автоматов для игры в скибол или у колеса фортуны, собирал билетики, чтобы обменять их на набор бейсбольных карточек, всей душой надеясь собрать коллекцию своих любимчиков из состава «Янкис». Единственным, что омрачало радость, была сама поездка туда: в машине было просто нечем дышать, поскольку и мама и папа курили всю дорогу, то есть целый час, без перерыва.

Пассивное курение стало весьма обсуждаемой проблемой еще в 1980-х, и даже в начальной школе я хорошо понимал связанные с ним риски и недоумевал, отчего родители их не понимают. Сидя на заднем сиденье, я умолял их открыть окно до тех пор, пока отец весьма неохотно не приопускал свое на пару сантиметров.

Мне страшно не нравилось, что они курят. Я кричал, ругался и топал ногами, умоляя их прекратить. В результате они начали прятать от меня сигареты, но я все равно находил их и демонстративно, торжественно разрезал пополам.

Одно из самых ярких воспоминаний моего детства – подпалины от сигарет на наволочках. Каждая наволочка была буквально изрешечена, будто дырками от картечи, такими подпалинами – некоторые совсем крошечные, другие большие, продолговатые, с жесткой черной бахромой по краям. Полагаю, я уже тогда понимал, что это ненормально, но едва ли полностью осознавал тот факт, что в каждой такой подпалине виноваты не только и не столько сигареты, сколько алкоголь. И именно из-за него родители проводили большинство вечеров перед телевизором, именно поэтому они были такими непредсказуемыми и эмоционально нестабильными. Где-то в глубине души я это знал. Я научился очень внимательно следить за их поведением: как они говорят, сильно ли у них заплетается язык, насколько они внимательны, и, если они вели себя глупо, я умел распознать, просто ли они дурачатся или это признак чего-то иного. Из-за пьянства родители могут вести себя как дети, и это внушает глубокий страх. Ребенку, которым я был тогда, курение казалось более понятным, более безопасным.

В пиратском рыбном ресторанчике на побережье я радостно доставал коктейльные вишни из их бокалов и наслаждался их ярким и слегка пьянящим вкусом, играя с пластиковыми шпажками, на которые эти вишни были наколоты. Если подумать, это и был мой первый алкоголь. Он был сладкий, и мне это очень нравилось.

Фармацевтическая компания Purdue Pharma, до недавнего времени находившаяся в частной собственности богатейшей семьи Саклер, прославилась как один из главных виновников нынешней опиоидной эпидемии, и вполне заслуженно. В 1996 году компания выпустила на рынок препарат под названием *OxyContin* и обеспечила ему мощную рекламную кампанию, которой не было равных в истории фармацевтической промышленности. Их маркетинговая стратегия была направлена на ниспровержение страха перед зависимостью, и главным рупором этой стратегии стали врачи общей практики. Компания платила авторитетным специалистам за презентации, в которых говорилось о безопасности нового препарата, и за написание отзывов для профессиональных медицинских ассоциаций об использовании «Оксиконтина» при лечении хронической боли. Они оплачивали тысячам врачей участие в медицинских конференциях, где им преподносились эти тщательно выверенные послания. В 2001 году, когда стало понятно, что в стране бушует настоящая эпидемия, руководители компании заявили перед Конгрессом[92], что их маркетинговая стратегия была «консервативной» и проблема заключается в плохих людях, злоупотребляющих лекарством, или же в плохих врачах, которые выдают слишком много рецептов. Когда отдельные штаты начали разрабатывать законы, направленные на сдерживание эпидемии, Purdue Pharma организовала закулисное лоббирование против этих законопроектов. На момент написания этой главы компания признала свою вину в том, что ввела федеральное правительство в заблуждение относительно продаж «Оксиконтина», и инициировала процедуру банкротства. Семья Саклеров потеряет компанию и должна будет уплатить 225 миллионов долларов в качестве штрафов[93], однако, судя по всему, сохранит львиную долю своего состояния, оцениваемого в 11 с лишним миллиардов долларов.

Purdue Pharma не единолично начала эту эпидемию, однако внесла в нее очень значительный вклад. И хотя руководители компании

оказались настоящими мастерами своего дела, они были далеко не пионерами: они просто играли свою роль во всеобщей системе, которая существовала и развивалась в течение многих поколений. Все наркоэпидемии в истории обязаны своим существованием не только появлению нового наркотика, но и могущественной индустрии, которая его продвигала.

По словам исследователя зависимости Джима Орфорда, такие компании, как Purdue Pharma, представляют собой «индустрию поддержания зависимости»[94], поскольку продают препараты, которые по своей природе обладают определенной властью над человеческими желаниями. Психоактивные вещества не просто потребительский товар: в терминах экономики спрос на них «неэластичен», то есть они подвержены законам спроса и предложения гораздо меньше, чем обычные товары. Если поднять цены на газировку, люди просто начнут покупать воду. Если поднять цены на героин[95], люди начнут искать способы продолжать его покупать. Причем наиболее активные пользователи составляют на удивление большую долю рынка психоактивных веществ. Так, четверть всех покупателей каннабиса[96] отвечает за три четверти продаж.

Вещества, которые способны вызвать привыкание, – это не просто рядовые товары. Они могут повлечь за собой далеко идущие негативные последствия, однако компании-производители зачастую не несут за них прямой ответственности. Психологическая трагедия зависимости, ДТП, произошедшие по вине нетрезвых водителей, цирроз, рак, эмфизема, передозировки и так далее – все эти последствия на языке экономики называются «экстерналии», или внешние эффекты, то есть косвенные издержки, которые затрагивают невовлеченных лиц.

Защитить нас от этих издержек – задача властей и регулирующих органов. Однако с самых первых дней существования индустрии поддержания зависимости их вмешательству препятствовали финансовые интересы. Король Яков I в конце XVII века смог ввести табачный налог в 4000 % отчасти потому, что колонии, где выращивался табак, контролировали Испанская и Португальская империи и стоимость импорта была так высока[97], что это плохо сказывалось на английской экономике. Но после того как табак стали выращивать в британских колониях, импорт его стал делом

взаимовыгодным, поэтому к 1643 году британский парламент отменил запретительные пошлины[98] и даже предпринял некоторые меры поддержки табачной торговли. Это помогло опасному чужаку стать частью английской культуры и из варварского обычая превратиться в уютный ритуал с трубкой у камина.

Аналогичная схема действий в отношении табака повторялась снова и снова. В России в конце XVII века[99] Петр I, осознав, что контрабанду табака не победить, отменил суровые наказания («вырывать ноздри и носы резать») и разрешил продажу и употребление табака: если невозможно что-то предотвратить, можно по крайней мере заработать на этом денег. И другие главы государств – от кардинала Ришелье во Франции до Габсбургской династии в Австрии и правителей итальянских республик – последовали его примеру[100] и отказались от запрета на табак в пользу налогов, создания монополий и других способов обогатиться за счет новой отравы. Нечто подобное происходило не раз на протяжении всей истории употребления различных наркотиков. Налоги на психоактивные вещества были одним из важных финансовых механизмов в колониальных империях: к 1885 году налоги на алкоголь, табак и чай[101] составляли почти половину валового дохода Великобритании. Потребность в налоговых поступлениях[102] послужила причиной отмены сухого закона в США (во время Великой депрессии) и Индии. На самом деле конституция Индии скорее подразумевала запрет на алкоголь, однако большинство индийских штатов слишком зависели от денег, поступающих в казну в виде соответствующих налогов.

Ради дохода, который приносят наркотики, правительства смотрят сквозь пальцы на вред, который они причиняют, в том числе и тот, что выходит за рамки зависимости. Зависимость часто рассматривается как форма принуждения или рабства, и неслучайно вся история зависимости связана с системами угнетения и контроля[103]. В начале XVII века именно табак спас Джеймстаун – первое английское поселение в Северной Америке. Колонистам не хватало рабочих, чтобы возделывать поля, и так в Виргинии появились первые африканские рабы[104], которых привезли работать на плантациях. Поскольку система плантаций, принятая в американских колониях,

привела к взрывному росту британской табачной промышленности, европейские торговцы не только стали пропагандировать употребление табака, но также не допустили введения в Виргинии налога на владение рабами и всячески препятствовали движениям против рабства[105] у себя на родине, в Англии. Другим важным товаром, в производстве которого участвовали рабы и который в то время считался наркотиком, был карибский сахар[106].

Когда все вертится вокруг прибыли, индустрия поддержания зависимости, без сомнения, будет любыми путями стремиться к увеличению продаж. Задолго до Purdue Pharma фармацевтические компании осознали эффективность продвижения наркотиков среди конечных потребителей и врачей: американская компания Parke, Davis&Co начала рекламировать употребление кокаина[107] при «усталости» и «переутомлении на работе» еще в 1880-х, и приблизительно тогда же немецкая компания Merck сулила кокаину «великое будущее» в лечении морфиновой и алкогольной зависимостей. Такие методы регулярно приводили к тому, что одна группа ученых назвала «индустриальными эпидемиями» (*industrial epidemies*)[108], вызванными промышленным производством и продажей вредных товаров и подрывной деятельностью промышленников, направленной против здравоохранительных мер, которые могли бы снизить ущерб здоровью. В наши дни подобная история происходила с алкоголем, оружием и переработанными продуктами питания. Эта тенденция только усиливается по мере укрупнения и глобализации корпораций.

По всей видимости, табакокурение является самой широко известной из современных индустриальных эпидемий. После Второй мировой войны начали появляться исследования, посвященные связи между курением и раком, и табачная индустрия потратила миллионы долларов на рекламные кампании, убеждавшие публику, что курение безопасно[109]. И хотя руководители табачных компаний во внутренних документах еще в 1963 году признавали, что никотин вызывает зависимость, на публике и в медицинских кругах они энергично боролись с этой идеей. Как написал один из них в служебном документе для внутреннего пользования в 1969 году, «сомнение – наш козырь[110], это лучший инструмент борьбы против „голых фактов“,

которые засели в умах широкой публики». Кроме того, табачные компании научились ловко перекладывать вину на отдельных потребителей, ссылаясь на исследования, согласно которым некоторые люди могут сократить количество сигарет или вовсе прекратить курить своими силами.

Эти стратегии – ложные заверения в безопасности, сокрытие свидетельств о причиняемом вреде, перекладывание вины на потребителей – не являются прерогативой одной только индустрии поддержания зависимости, а сомнение как маркетинговый инструмент, впервые примененный табачными компаниями, породило целую «оборонную индустрию» в рекламе потенциально вредных товаров, направленную на замалчивание научных данных и введение общественности в заблуждение относительно возможных рисков для здоровья. В наши дни нефтегазовые компании используют те же самые стратегии, чтобы посеять сомнения в реальности климатических изменений[111] – самой грозной экстерналии нашего времени, отложенному последствию столетий экономического роста за счет использования ископаемых источников энергии. Этот пример говорит о том, что зависимость – следствие не только способности наркотиков и некоторых других товаров вызывать привыкание, но устройства самой системы. Наркоэпидемии не возникали стихийно из-за случайного появления «антагониста», они на протяжении столетий были неотъемлемым свойством современной жизни. И пока корпорациям будет позволено продавать потенциально вредные товары и избегать ответственности и оплаты издержек по устранению вреда, так будет продолжаться и дальше.

В то же время у обществ, так же как и у отдельных людей, могут быть свои причины употреблять наркотики.

Когда случается эпидемия зависимости, нам хочется узнать о ее причинах. Мы слишком часто сводим сложную систему взаимопересекающихся факторов к одной упрощенной истории: травма, заболевание мозга, неудержимая пагубная сила наркотика, безответственные назначения врача, наследственная склонность, недостаток воли или безнравственность. Немецкий психолог и нейробиолог Эрнст Пёппель дал этому явлению шуточное название монокаузотаксофилия, то есть «любовь к единственной причине,

которая объясняет все»[112]. Людям нужны ответы, но еще больше им, пожалуй, нужны злодеи. На эту роль охотно назначают опасный наркотик или коварную корпорацию, продвигающую этот наркотик на рынке, но зачастую причина лежит глубже, в более сложных социальных травмах.

В 1720-х в индейской общине, находившейся под угрозой полного исчезновения, родился талантливый мальчик. Самсон Окком был одним из 350 последних представителей народа мохеган, обитавшего на лесистых берегах реки Темзы на территории современного штата Коннектикут. Некогда мохеганы исчислялись тысячами, однако, к несчастью для них, область их расселения оказалась слишком близко к процветающей колонии, всего в нескольких милях от прекрасной глубоководной гавани, которую англичане окрестили Новым Лондоном, или Нью-Лондон. Мохеган годами преследовали болезни, нищета, войны, эксплуатация и в конце концов окончательно подкосила величайшая эпидемия нового времени, распространившаяся в Новый Свет из Европы, – алкоголизм.

Дистиллированные спиртные напитки оказали разрушительное воздействие на культуру коренных американцев[113]. И дело было не только в непосредственном вреде, когда следопыты замерзали насмерть, нечувствительные к зимнему холоду. Алкоголь словно разъедал их души. Пьяные мужчины били своих жен. Участники мирных переговоров, обычно сдержанные и благоразумные, превращались в яростных агрессоров. Ко времени рождения Оккома власти Коннектикута начали осознавать силу алкоголя, который обеднял и развращал дух народа мохеган.

Сам Окком стал адептом другого явления, пришедшего из Европы, – христианства. Он рос в эпоху Первого великого пробуждения – исполненного энтузиазма и оптимизма евангелического движения, распространявшегося через страстные проповеди под открытым небом, проводившиеся по всей Новой Англии. На них собирались целые толпы, люди плакали в исступлении и чувствовали себя «заново родившимися», и Окком, еще ребенком испытавший этот глубоко потрясший его духовный опыт, пришел к убеждению, что в новой вере заключается путь к спасению его народа. Он убедил местного священника по имени Элеазар Уилок принять его в ученики и подготовить к миссионерской деятельности. Преподобный Уилок был

поражен[114] тем, как быстро мальчик усваивает английский, иврит, греческий и латынь.

Окком был набожным, преданным и целеустремленным служителем церкви. Несмотря на хронические боли и различные недуги, он преодолевал сотни миль, чтобы проповедовать христианскую веру среди других коренных народов. И повсюду – от народности монток, проживавшей на восточной оконечности Лонг-Айленда, до конфедерации ирокезов, обитавших в густых лесах на севере Нью-Йорка, – он видел проблемы, вызванные алкоголем. Вскоре юный миссионер понял еще один важный аспект этого чужеземного наркотика. Алкоголь широко применялся как средство эксплуатации: подобно одеялам, зараженным оспой, он был не просто стихийным бедствием, а продуманным инструментом угнетения[115]. Колонисты сознательно поощряли пьянство среди коренных жителей с целью подавить сопротивление и подчинить их колониальной экономической системе. Торговцы продавали индейцам алкоголь по завышенным ценам, а потом давали им виски в долг и в обмен на закладные на принадлежавшие им земли. Алкоголь был постоянным спутником убийств: часто коренным американцам бесплатно наливали спиртное, а когда они напивались до беспамятства, их убивали.

Поначалу племена пытались как-то решить эту проблему. Они умоляли власти ввести ограничения на торговлю спиртным[116], о чем сам Окком упоминает в заметках о племени онайда, проживавшем в центре штата Нью-Йорк, однако, какие бы законы ни вводились, никто их не соблюдал. Племена пытались предпринимать самостоятельные меры, среди которых был эпизод, заставляющий вспомнить фотографии времен сухого закона 1920-х годов: индейцы народа шауни из Пенсильвании вылили 40 галлонов рома прямо на улицу. Однако запретов было недостаточно, чтобы противостоять безжалостным законам рыночной торговли и глубинным причинам разрушения коренных культур. Так или иначе, трагедия преподносилась общественности как вина самих коренных народов, как порок, присущий их варварскому естеству. В 1767 году отчаявшийся вождь племени тускарора обратился к колониальным властям штата Нью-Йорк с официальной петицией дать «какое-нибудь лекарство, которое излечит нас от пристрастия к пагубному напитку». Британский чиновник ответил только, что индейцам следует

отказаться от вредной привычки, принять христианство и искать спасения в нравственности, чтобы лучше контролировать свои желания[117].

Самсон Окком, хоть и был христианским миссионером, не придерживался такой точки зрения. В сентябре 1772 года на казни индейца из народа вампаноаги, убившего белого человека в состоянии алкогольного опьянения, он произнес проповедь, которая снискала бешеную популярность. В колониальной культуре такие проповеди считались важным средством воспитания нравственности, и Окком отдал должное пространной критике греха пьянства. Однако затем он назвал алкоголь орудием эксплуатации и осудил «приспешников дьявола»[118] (то есть торговцев алкоголем), которые «подносят бутылку ко рту своего ближнего, дабы опоить его», и отметил, что коренные народы «вновь и вновь становились жертвой обмана». Эта его речь стала самой популярной проповедью того времени[119], ее печатная версия выдержала 19 изданий и сделала Оккома самым известным автором во всех американских колониях.

Став настоящей знаменитостью, Окком начал представлять угрозу для всего проекта культурной ассимиляции. Десятилетием ранее его наставник, преподобный Уилок, отправил его в Англию, Шотландию и Ирландию, чтобы собрать деньги на благотворительную школу для индейских мальчиков, и во время этого путешествия Окком удостоился похвалы короля Георга III и собрал не менее 11 000 фунтов[120] – астрономическую по тем временам сумму (в пересчете на нынешние деньги – несколько миллионов фунтов). Однако, вернувшись домой, Окком обнаружил, что Уилок не заботился о его жене, как обещал, и отказался обучать его сына. В какой-то момент Уилок предложил ему просто отдать мальчика[121] «хорошему хозяину». Затем Уилок попытался очернить Оккома обвинениями в необузданном пьянстве, сыграв на стереотипе коренных американцев как опасных и неуправляемых по своей природе животных. Впрочем, церковные власти Оккома оправдали.

В конце концов Уилок потратил собранные Оккомом деньги не на школу для коренных жителей, а на самую обычную школу для детей англичан. Со временем из этой школы вырос Дартмутский колледж[122], который за первые 200 лет своего существования

выпустил всего 19 индейских учеников. Разочарованный Окком вступил в индейское движение, которое называло себя Братский город[123] и представляло собой конфедерацию племен, стремившихся основать новую общину на севере штата Нью-Йорк и укрыться там от болезней и угнетения. С помощью Оккома им удалось найти прибежище, куда стекались выжившие остатки племен со всего северо-востока Америки. Позднее общину вынудили перебраться в Висконсин, а затем лишили племенного статуса. Эта община до сих пор добивается официального признания на федеральном уровне.

Окком опередил свое время, причем на века, когда привлек всеобщее внимание к роли алкоголя в масштабном проекте угнетения и насильственного перемещения американских индейцев. По сей день повсеместно распространены ложные мифы об «огненной воде»[124], приписывающие коренным американским народам врожденную склонность к алкоголизму. Эти мифы, появившиеся с самых первых дней колонизации, преследовали определенную цель: скрыть, что алкоголь намеренно использовался как орудие угнетение, и обеспечить поддержку идеологии господства колонизаторов. На протяжении нескольких поколений аналогичные мифы о якобы особенном воздействии кокаина на организм чернокожих использовались как идеологическое прикрытие для жестких запретительных мер.

В наши дни мифы об огненной воде полностью развенчаны[125], и проблема алкоголизма среди коренного населения связывается прежде всего с системным фактором, на который указывал Окком. Собрано достаточно доказательств, что еще до появления европейцев многие индейские племена употребляли психоактивные наркотики, в том числе и алкоголь, без всяких проблем, а после начала колонизации склонность к зависимости развилась у них далеко не сразу, а лишь после того, как их дух был подорван болезнями, войнами, нищетой и принудительным переселением, не говоря уже о промышленном производстве и коммерческом продвижении спиртного.

Эпидемии не начинаются исключительно по вине самого наркотика или силами индустрии поддержания зависимости: в их основе часто, если не всегда, лежит некая социальная травма, подталкивающая к употреблению опасного вещества. За Опиумными войнами[126] – серией британских военных операций в 1839–1860 годах, целью

которых было открытие китайского рынка для торговли опиумом, – последовала настоящая опиумная эпидемия в Китае. Эта эпидемия широко трактовалась как история некогда высокой культуры, разрушенной одним мощным наркотиком, однако недавние исследования доказывают, что такое упрощенное объяснение не учитывает социальные неурядицы, бедность и повсеместные беспорядки, вызванные самими войнами и усугубившими эпидемию. Точно так же взрывное распространение табака по всей Евразии в XVII веке обеспечивалось не только свойствами самого табака, но и тем, что он смягчал человеческие страдания, вызванные ужасной и, казалось, бесконечной цепью моровых поветрий[127], восстаний и войн, известной историкам как «всеобщий кризис XVII века».

Канадский психолог Брюс Александер развил эту идею и разработал собственную «теорию сопутствующей зависимости»[128] (*dislocation theory of addiction*), которая состоит в том, что наркотики сами по себе не вызывают зависимости без сопутствующих условий. Он утверждает, что главная причина возникновения зависимости заключается не в биологическом воздействии наркотика и не во врожденной личной предрасположенности к аддикции, а в социальных травмах. Примечательно, что эти социальные травмы не обязательно должны выражаться в чем-то конкретном и осязаемом вроде нищеты или болезней, от которых страдал народ мохеган во времена юности Оккома, или в физической разлуке с семьей или близкими друзьями. Психологические проблемы могут оказывать столь же пагубное воздействие: разрыв со своей культурой и духовной традицией, утрата свободы и трудности самоопределения, отсутствие возможностей для радости и самовыражения. В нынешнюю эпоху нам нечасто доводится испытывать лишения, однако мы остаемся столь же уязвимыми для психических и духовных страданий, как наши предки.

Когда я собирал материал для этой книги, моя мать, медленно угасавшая от рака легких, рассказала мне о своем отце, иммигранте из Швеции, который каждую зиму впадал в тяжелую депрессию. Он вспоминал свое счастливое детство в Стокгольме и сравнивал его с жизнью в Ньюарке: горячей воды нет, ночные смены на заводе, с женой видится редко, потому что она работает в дневную смену на другом конвейере. И хотя он старался не пить, по мере приближения

Рождества он все чаще позволял себе спиртное, и месяцами моя мать, еще совсем юная девушка, вынуждена была на морозе разыскивать его по барам, чтобы он мог поспать несколько часов перед следующей сменой. С ранних лет она усвоила, что алкоголь помогает справиться с жизненными тяготами.

Я не хочу ставить диагноз моим родителям и их родителям. Как правило, попытка выявить одну главную «причину» чьей-либо зависимости ни к чему хорошему не приводит – гены, среда, травма, повседневные неурядицы. Но мне очень помогло осознание, что их зависимость была производной от их непроработанной боли. Как и у всех, у них была причина пить и курить: это приносило им какую-то пользу. К сожалению, курение и алкоголь не только не помогали им справляться с проблемами, но и усугубляли их, замыкая порочный круг.

В этом самая суть теории сопутствующей зависимости. Люди употребляют наркотики не только для того, чтобы смягчить последствия конкретных проблем, но и для того, чтобы заглушить чувство культурного отчуждения. Эмиль Дюркгейм, основатель современной социологии, назвал это отчуждение *аномией*. Аномия определяется как состояние общества при разрушении норм и ценностей, в отсутствие которых теряется экзистенциальная связь с целью и смыслом. Это чувство дезориентации вкупе с действиями индустрии поддержания зависимости и являются, по утверждению некоторых исследователей, основными причинами современной опиоидной эпидемии.

В 2014 году экономисты из Принстонского университета Энн Кейс и Ангус Дитон (последний получил Нобелевскую премию по экономике в 2015-м) наткнулись на неожиданную статистику: заметный рост количества суицидов среди белых американцев среднего возраста. Они привлекли дополнительные данные, чтобы рассмотреть полученные цифры по суицидам в более широком контексте, и, к своему удивлению, обнаружили, что число смертей от любых причин в соответствующей возрастной группе увеличивается впервые за несколько десятилетий. Это шло вразрез с общепризнанными современными тенденциями. Ожидалось, что при сегодняшнем уровне развития смертность в таких странах, как США, должна снижаться. И не было ни мировой войны, ни эпидемии заразной болезни, которые

могли бы эту статистику объяснить. По словам ученых, поначалу они подумали, что просто нажали не ту клавишу на компьютере[129].

Вскоре Кейс и Дитон выяснили, что быстрее всего растет уровень смертности по трем причинам: самоубийства, передозировка наркотиков и алкогольная болезнь печени, причем практически только среди людей, не имеющих высшего образования. Проанализировав данные, Кейс и Дитон связали эти смерти со структурной проблемой современного общества. И действительно, эти белые представители рабочего класса страдали от осязаемых последствий глобализации экономики: им приходилось соглашаться на худшие должности и терять в зарплате, однако вдобавок к этому их работа становилась гораздо менее осмысленной. Люди перестали принимать работу близко к сердцу: в их работе было меньше стабильности, меньше предсказуемости, они не чувствовали себя частью большого целого. Более того, у них появилось множество новых причин для отчаяния. Число браков неуклонно снижалось, сокращалось участие в религиозной жизни. Больше людей, чем когда-либо за всю историю человечества, жили одиноко[130]. Все эти проблемы серьезно усугублялись значительным экономическим неравенством (США известны самым большим среди стран Большой семерки неравенством доходов[131]), а также объективно худшей во всем развитом мире системой здравоохранения, чьи раздутые расходы и легендарная неэффективность сдерживали рост зарплат и приводили к потере рабочих мест. Кейс и Дитон назвали смерти по причинам суицида, передозировки наркотиков и алкогольной болезни печени «смертями отчаяния» (*deaths of despair*). За 2017 год в США произошло более 150 000 таких смертей[132], что составляет более половины боевых потерь в США во всей Второй мировой войне, и это всего за один год – причем многие из погибших были молодыми людьми в возрасте от 20 до 50 лет.

Наверное, вполне закономерно, что проблема зависимости эндемична для интеллектуалов, которые пишут об отчуждении, разобщенности и экзистенциальном страхе, – все это белые люди из высших слоев общества. Достоевский боролся с пристрастием к азартным играм. Многие разочаровавшиеся писатели-модернисты начала XX века попадали под власть наркотиков и алкоголя: Джек

Лондон, писатели «потерянного поколения»[133] Фитцджеральд и Хэмингуэй. Сартр обычно выкуривал две пачки сигарет в день[134], выпивал кварту спиртного и принимал 200 миллиграммов амфетаминов и несколько граммов барбитуратов – и это не считая кофе, обильной еды и множества женщин, до которых он был большой охотник. Зависимость была особенно распространена среди представителей бит-поколения[135]: Джек Керуак и Уильям Берроуз заслуживают упоминания в первую очередь, но также к нему относился Герберт Ханке, который придал слову *beat* новый смысл. Если раньше оно означало что-то вроде «классный», то с его подачи стало трактоваться как «разбитый», жалкий, утомленный консервативной, конформистской, материалистической послевоенной культурой, отсюда другое название битников – «разбитое поколение».

Важно отметить, что все эти белые люди, не исключая и мою семью, были защищены от иных, расовых механизмов угнетения, которые десятилетиями, если не столетиями, способствовали росту смертности от зависимости среди темнокожего населения. Сохраняющееся расовое и классовое неравенство в показателях здоровья[136] долгое время не давало заметить эти «смерти отчаяния» среди белых представителей рабочего класса, на которые обратили внимание Кейс и Дитон. Это открытие не должно полностью сместить фокус внимания на проблемы белых[137] – такое смещение провело бы ложную границу между этой эпидемией, охватившей белых представителей среднего класса, изображенных невинными жертвами, и продолжающимся кризисом смертей, связанных с употреблением психоактивных веществ, которое, в свою очередь, провоцируется структурными социальными проблемами: бедностью, травмами, крайним неблагополучием и безысходностью. В действительности два этих кризиса тесно переплетены. Я скорее хочу сказать, что психологическая отчужденность и дезориентация как фактор возникновения зависимости если не столь же важна, то как минимум достаточно сильна, чтобы проникнуть во все уголки общества, и она не привязана к конкретным материальным обстоятельствам.

Александер утверждал, что поскольку фундаментальная причина развития зависимости лежит в социальной травме, постольку фундаментальное решение следует искать не в узкой медицинской

сфере, а в оздоровлении самого общества, в частности в исправлении культурных доминант, которые вызывают вышеупомянутую социальную травму. Поразительно, что общины коренных американцев, терпевшие притеснения от колонизаторов и страдавшие от алкогольной эпидемии, неоднократно приходили к аналогичным выводам. Первые антиалкогольные движения среди индейцев сводились к нехитрым попыткам запретов, которые наблюдал Окком, однако к концу XVIII века многие племена осознали, что им нужно нечто большее, и сразу несколько общин разработали культурные практики борьбы против алкоголизма на основе принципов взаимопомощи. В 1760-х большую популярность снискал Неолин, пророк из народности ленни-ленапе (или делаваров), который призывал к полному разрыву с англичанами и возвращению к традиционным устоям. Прежде всего он поощрял своих последователей «воздерживаться от употребления их смертоносного зелья[138], которое они навязали нам ради собственной выгоды и для уменьшения нашей численности». Папунханк из племени манси[139], освободившись от хронического алкоголизма благодаря духовному пробуждению, тоже основал движение за возвращение к культурным традициям и отказ от пьянства. А индеец по имени Красивое Озеро из племени сенека[140] положил начало движению, поразительно похожему на современные 12-ступенчатые группы и требующему полного отказа от алкоголя: его учение строилось на ряде нравственных принципов, выстроенных вокруг трезвости, и он призывал людей регулярно встречаться в «кругах», где те, у кого были проблемы с алкоголем, могли поделиться своими историями, чтобы получить поддержку сообщества и укрепить свою приверженность воздержанию. «Кодекс Красивого Озера» широко разошелся среди индейских общин и помог несчетному количеству людей отказаться от спиртного; его «круги» стали первой в Америке группой взаимопомощи, нацеленной на освобождение от зависимости, и опередили Анонимных Алкоголиков на 150 лет. Они существуют по сей день. Отличие этих групп состоит в том, что они были не просто местом, где люди помогали друг другу избавиться от зависимости, они должны были стать частью более масштабного проекта по оздоровлению общества, которого так не хватало антиалкогольному

движению и необходимость которого лишь недавно стала осознаваться современными активистами борьбы с зависимостью.

Теория зависимости как следствия социальной травмы может привести к неутешительному выводу, что ни один из подходов к лечению зависимости не будет достаточным и единственным действенным методом может быть лишь полная перестройка всего общества. Обсуждение этого вывода не входит в цели и задачи данной книги, однако я хотел бы сказать, что не обязательно проводить столь четкое разделение между социальными изменениями и индивидуальным выздоровлением. Локальные изменения и индивидуальное выздоровление могут прервать цепочку передачи травмы из поколения в поколение и остановить угнетение, которое иначе воспроизводило бы само себя в будущем. Кстати, в этом заключается ключевой принцип современного антиалкогольного движения коренных американцев – Wellbriety[141], – согласно которому личное исцеление останавливает цикл причинения боли другим.

Однако во времена Оккома в европейской культуре еще не было движения против зависимости, основанного на принципах взаимопомощи. И когда началась следующая эпидемия, с ней пытались бороться другими методами.

8 ноября 1744 года выдающиеся мужи из Лондонского королевского общества собрались, чтобы обсудить тревожную весть о новой болезни, распространяющейся в низших классах. Лондон был крупнейшим городом Европы[142]: населявшие его полмиллиона человек теснились буквально друг у друга на головах, жили рядом с открытыми сточными канавами в окружении мусора, гниющего прямо на улицах. Город регулярно сотрясали эпидемии холеры, тифа и оспы. Однако новая болезнь оказалась незнакомой и совершенно непредсказуемой, и поражала она, судя по всему, исключительно бедных женщин. Сенсационные репортажи в бульварных газетах, а затем и в более авторитетных изданиях сообщали о пока еще относительно редкой, однако пугающей новой напасти[143]: спонтанном самовозгорании.

Как довелось услышать почтенному собранию, однажды дочь некого рыбака проснулась утром и обнаружила обгоревшие останки своей матери, выглядевшие как «кучка углей, покрытых белым пеплом».

Перепуганная девушка вылила на останки две большие миски воды, отчего в воздух поднялось густое облако удушливого дыма. Других признаков огня не было. Складывалось впечатление, что огонь сжег женщину изнутри. Единственной возможной причиной был напиток, который мать употребляла накануне вечером, – джин.

С конца XVII до середины XVIII века в английской прессе было описано несколько случаев спонтанного самовозгорания людей. Его жертвы были в большинстве своем стары, бедны, принадлежали к женскому полу и злоупотребляли алкоголем. Это отражало тревожное состояние общества, которое переживало сразу несколько тяжелых потрясений: новые условия городской жизни, беспрецедентное обострение классовых конфликтов, быстро меняющиеся гендерные нормы и прежде всего – растущее и, казалось, неудержимое увлечение дистиллированными спиртными напитками.

Англия переживала волну «джиномании» – первую городскую наркоэпидемию в истории. Подешевевший, повсеместно распространившийся и в два раза более крепкий[144], чем сегодня, этот самогонный джин (дистиллированный спиртной напиток с добавлением экстрактов трав и других ароматизаторов, призванных замаскировать отвратительный вкус) помогал рабочей бедноте заглушить боль и вызывал возмущение и страх у представителей высшего класса. С 1700 по 1720 год его потребление удвоилось[145], к 1729 году практически удвоилось снова, а к 1743 году возросло более чем в шесть раз по сравнению с 1700 годом. В джиномании соединились все возможные факторы, лежавшие в основе ранних наркоэпидемий: новое психоактивное вещество, индустрия поддержания зависимости, социальная травма. Это явление породило смятение и панику и впоследствии легло в основу нового понимания зависимости.

Многие призывали ввести санкции против набиравшей обороты алкогольной индустрии, которая научилась производить более дешевое спиртное благодаря развитию технологий и падению цен на зерно. (Джин, хотя и не был в полном смысле слова новым наркотиком, стал новым воплощением известного напитка благодаря технологиям, значительно удешевившим его производство и сделавшим его доступным для всех слоев населения.) Другие выступали против «женевы» – англизированного названия голландского напитка под

названием дженевер, – поскольку считали его иноземным захватчиком. В целом же в обществе усиливалась паника, вызванная страхом распространения пьянства среди низших слоев населения, – этот страх охотно подогревали производители спиртных напитков, чтобы отвлечь общественное внимание от самих себя и своего продукта.

Алкогольная индустрия финансировала деятельность памфлетистов[146], в частности знаменитого Даниеля Дефо, автора книги о Робинзоне Крузо. Излюбленной их тактикой было перекладывание ответственности на пороки бедноты: проблема якобы заключалась в пьяницах, а не в напитке. Авторы обвиняли «народ победнее»[147] в том, что те подрывают собственное здоровье и силу всего общества своей невоздержанностью в питии. В действительности джиномания распространялась из-за растущего неравенства, которое, в свою очередь, усугублялось эпидемией. Англия шла в арьергарде всеобщего перехода[148] к меркантильной, протоиндустриальной экономике, и довлеющая идеология не скрывала своего стремления удерживать «низших» в бедности, чтобы английские товары оказались конкурентоспособными на новом глобальном рынке. Неприкаянная беднота в поисках возможностей стекалась в Лондон, где приходилось тесниться в трущобах. В отрыве от привычных социальных связей, в отсутствие экономической поддержки эти люди обращались к пьянству, чтобы заглушить ощущение социальной дезориентации.

Кроме того, джин давал городской бедноте возможность заработать. Уличные торговцы наводнили бедные районы, в которых было слишком мало полиции, чтобы справиться с ними. Винные лавки открывались повсюду. Один автор подсчитал, что в 1736 году в Англии было 120 000 точек продажи джина[149]: по одной на каждые 10 домохозяйств, и по большей части это были не настоящие бары и пабы, а импровизированные прилавки, стоявшие в переулках и на ярмарках, тачки на колесах и обыкновенные корзины. Еще больше шокировало утонченную публику то, что джин все больше употребляли и даже продавали женщины.

Роль одиноких, бедных городских женщин в распространении джиномании усилила панику до такой степени, что сам напиток стали ассоциировать с женским полом, называя его «Мадам Женева» или «Мама Джин». Женщины втягивались в торговлю джином по

понятным причинам: для этого не нужен был стартовый капитал или какие-то навыки, рынок был теплым. Однако сторонние наблюдатели видели в этом шокирующем сочетании – джин и женщины – признак упадка общества, ведь матери, испорченные этим новым пороком, могли развратить и даже уничтожить будущие поколения. В 1734 году произошла скандальная история, в которой женщина по имени Джудит Дефур задушила свою малолетнюю дочь и продала одежду, которую той выдали в приходском приюте, чтобы потратить эти деньги на джин. Случай Джудит Дефур стал наглядным воплощением страхов высшего общества. Она не только была плохой матерью[150], окончательно развращенной джином, но и злоупотребила институтами общественного благосостояния ради своего порока. Ее история отчасти легла в основу знаменитой гравюры Уильяма Хогарта «Переулок джина», на которой изображена жирная, уродливая, пораженная сифилисом пьянчужка в окружении городского упадка, не замечающая, что ее ребенок вниз головой падает через перила.

Эта ужасающая картина подхлестнула страх перед наркотиками и спровоцировала войну против джина. С самого начала эпидемии высший класс требовал ужесточения контроля над ошалевшим низшим классом. Один лорд жаловался, что «стоит только выйти на улицу, как увидишь там несчастных, распростертых на мостовой, бесчувственных и неподвижных, и лишь милосердие пассажиров спасает их от участи быть раздавленными под колесами повозок или затоптанными лошадьми»[151]. Правительство инициировало все более строгие запретительные меры. Примечательно, что правящий класс состоял в основном из землевладельцев[152] и не спешил повышать налоги себе в ущерб, так что меры эти были направлены в основном против бедных слоев населения. Однако, несмотря на это, все продолжали пить. В 1736 году парламент выпустил закон[153], ориентированный на людей «низшего ранга» и увеличивавший лицензионный сбор до заоблачных 50 фунтов. В том же законе вводилась поощрительная выплата в 5 фунтов доносчикам за сведения о подпольных точках продаж. Это повлекло за собой катастрофические последствия – как в виде серии ложных доносов, так и в виде жестоких карательных акций в отношении информаторов.

Употребление джина превратилось в самодостаточный политический протест[154], символ недовольства текущим правительством.

Политика прогибиционизма не приносила желанных плодов. Люди начали задаваться вопросами о причинах неудачи. По мере нарастания паники сбитые с толку обозреватели рассуждали о каком-то особом воздействии джина на организм. Дефо, который еще пару лет назад выступал в защиту производителей напитка, изменил свои взгляды и обрушился на джин с критикой в знаменитом памфлете 1728 года, где он описывает напиток как заразную болезнь, уничтожающую город[155]. Несколькими годами ранее вышла его книга «Дневник чумного года», и в этом свете заслуживает особого внимания язык медицинских терминов, которыми Дефо описывает последствия употребления джина: он «ослабляет и обессиливает» простых людей, он «свертывает кровь, притупляет чувства и истощает нервы», портит женское молоко и подрывает здоровье детей. Среди этой неразберихи и безысходности джиномания подтолкнула общество к осмыслению зависимости как настоящей эпидемии.

Некоторые ученые и врачи из вышеупомянутого Лондонского королевского общества начали трактовать регулярное пьянство как медицинскую проблему[156]. Они называли употребление джина «инфекцией», которая «ежедневно распространяется» по городу и не реагирует на ужесточение контроля из-за своего физического воздействия на организм. В 1734 году клирик и ученый по имени Стивен Гейлз опубликовал памфлет «Дружеское предостережение любителям джина, бренди и других спиртных напитков», в котором приводилось редукционистское физиологическое объяснение[157] проблемы джиномании: якобы спиртное «гасит естественную теплоту крови», что вызывает неудержимое желание пить еще и еще. Гейлз утверждал, что пьянство стало хроническим состоянием: «ослепленные» и «порабощенные» люди хотят «продолжать, хотя видят впереди адское пламя». (В леденящем душу предвосхищении нынешних сообщений о моргах, переполненных жертвами передозировки опиоидами, Гейлз писал об «ужасающих темпах» увеличения количества смертей.) Он опасался, что «инфекция распространилась слишком далеко и широко», и предсказывал, что

через несколько поколений она «заразит все королевство своим пагубным влиянием».

Гейлз и его коллеги-врачи испытывали влияние длинной череды мыслителей, которые были озабочены проблемой хронического пьянства. Еще в 1576 году Джордж Гаскойн в памфлете под названием «Щадящая диета для искушенных пьяниц»[158] («A Delicate Diet for Daintiemouthde Droonkardes») предостерегал, что пьянство представляет собой «чудовищное растение, недавно наводнившее прекрасные сады Англии». В 1606 году парламент принял Закон об искоренении гнусного и отвратительного греха пьянства[159]. Религиозные авторы XVII века уже описывали пьянство как проблему «зависимости»: в 1609 году влиятельный пуританский деятель по имени Джон Даунейм оплакивал судьбы тех, кто «слишком пристрастился к пьянству», и сокрушался, что «многие из наших людей в последнее время впали в глубокую зависимость от этого порока»[160]. Таким образом, зависимость, она же аддикция, перестала быть только лишь добровольным актом подчинения себя и превратилась также в состояние[161]: люди не только добровольно подвергали себя чему-либо, но и подвергались воздействию вещества, от которого впадали в зависимость, например джина.

Авторы медицинских трудов времен джиномании начали использовать термин *addicted*, «зависимый», для описания расстройства выбора, связанного с хроническим пьянством. Но формулировки были далеко не точны. Слово «зависимый» оставалось слишком расплывчатым и неоднозначным. Оно означало и действие, и состояние, относилось одновременно и к греху, и к заболеванию – ведь, согласно представлениям того времени, никто не мог «так далеко зайти в болезни пьянства», чтобы невозможно было «исцелиться» с помощью «усердной и искренней молитвы»[162]. Другие авторы XVIII века тоже регулярно смешивали медицину и этику, часто в одном и том же произведении – к примеру, называя хроническое пьянство одновременно видом невинного безумия и справедливым наказанием за греховное поведение[163]. Однако именно в эпоху джиномании начал формироваться взгляд на зависимость как на медицинскую проблему. Очень скоро другой мыслитель, столкнувшийся с совсем другой эпидемией, использовал

вышеизложенные идеи, чтобы еще более четко и решительно обозначить зависимость как болезнь.

Три. Болезнь воли

Посреди изнуряюще жаркого лета 1777 года, едва успели отгрохотать пушечные выстрелы в честь первого в истории страны Дня независимости, главный врач Континентальной армии Бенджамин Раш сбежал из Филадельфии в деревню, где у семьи его жены была ферма. Атмосфера в молодой республике царила напряженная. Более 15 000 британских солдат ожидали на судах недалеко от Нью-Йорка команды к высадке, готовые ударить по Филадельфии, тогдашней столице США. Среди всей этой суматохи Раш успел на ферму как раз вовремя, чтобы застать рождение Джона, своего первенца[164].

Всего неделю спустя пришло известие, что более 200 британских кораблей взяли курс на Филадельфию, и Раш вынужден был вернуться на службу, присоединившись к генералу Вашингтону и Континентальной армии. Последовавшие бои проходили беспорядочно, и Раш был выбит из колеи нехваткой медикаментов, еды и одеял в госпиталях. Еще более его шокировало необузданное употребление алкоголя, в результате которого его госпитали были наводнены не только ранеными и страдающими лихорадкой, но также буйными пьяными солдатами. Проблемы с алкоголем были широко распространены[165] и на фронте: в одном случае солдаты так напились конфискованного рома, что попадали с бортов кораблей прямо в реку Делавэр.

Высокий, красивый, амбициозный и уверенный в себе Раш был не самым покладистым человеком. Этот выскочка, которому исполнился всего 31 год, имел дерзость спорить с начальством и рассылать повсюду гневные письма, поэтому вскоре его вынудили уйти в отставку. Веди он себя осмотрительнее, Джон Раш имел все шансы прославиться и даже, может быть, стать президентом, как его хороший друг Джон Адамс. (За пару лет до этого Раш стал самым молодым участником Второго Континентального конгресса и одним из тех, кто подписывал Декларацию независимости.) Вместо этого он вернулся в Филадельфию[166], посрамленный и расстроенный. Страна была потрепана войной, его политическая карьера оказалась разрушена, он не работал, и нужно было как-то заботиться о годовалом сыне.

Впрочем, вскоре Раш нашел новое призвание и стал одним из самых значительных медицинских авторов и просветителей новоиспеченной страны – и первым в мире пропагандистом идеи о том, что зависимость – это болезнь.

Когда Джон Адамс впервые встретился с Рашем, он подумал: «До чего утонченный, изобретательный человек! Энергичный, приятный юноша… Однако мне кажется, что Раш слишком разговорчив, чтобы быть глубоким мыслителем. Утонченный, но не великий»[167]. На самом деле Раш был достаточно глубоким мыслителем, он получил лучшее на тот момент философское и медицинское образование в Эдинбурге, где познакомился с Дэвидом Юмом и ведущими медиками эпохи Просвещения. После своей сокрушительной отставки в разгар Войны за независимость он сумел получить должность профессора на медицинском факультете Пенсильванского университета и в престижной Больнице Пенсильвании при нем. Он был глубоко религиозным человеком и большим оптимистом, что подталкивало его к различным благим делам – например, к вступлению в зарождающееся движение за отмену рабства. Раш надеялся, что социальные реформы помогут превратить захолустные бывшие колонии в великое государство. Именно эта реформаторская жилка побудила его сосредоточиться на том, что он считал величайшей угрозой благополучию Соединенных Штатов, – алкоголе.

Однажды в 1784 году Раш проводил редкий для него отпуск в пенсильванской глубинке, и его поразила повсеместная нищета и социальные беспорядки, которые, как ему показалось, проистекали от пьянства: «Количество уничтожаемой ржи и потребляемого виски в этих местах огромно, и влияние этого на промышленность, общественное здоровье и мораль весьма плачевно»[168]. Страна была охвачена настоящей алкогольной эпидемией. Алкоголь стал для колоний товаром первой необходимости, и его производили неустанно. Рынок наводнила дешевая патока с рабовладельческих плантаций Карибских островов, и по всему Восточному побережью открывались чрезвычайно прибыльные винокурни[169], на которых она перерабатывалась в ром. Розничные торговцы продавали их продукцию наперебой, и оторванные от корней американские колонисты, в отсутствие объединявшей их культуры и авторитетов, предавались безудержному пьянству, которое порождало

беспредельный хаос. Это причиняло столь очевидный ущерб, что квакеры запретили членам своей общины продавать спиртное[170], а Бенджамин Франклин сравнивал ситуацию с английской джиноманией, «поскольку наш Ром причиняет такой же вред в той же пропорции, что и их Женева»[171].

Из своего опыта работы в Больнице Пенсильвании Раш сделал вывод, что большинство психических болезней, с которыми он сталкивается, вызваны алкоголем[172], а отпуск в деревне убедил его, что проблема усугубляется. Его озабоченность алкоголем подкреплялась отчасти простым желанием помочь, а отчасти философскими размышлениями об идее американской нации. Традиция Просвещения, в которой Раш был воспитан, с оптимизмом смотрела на способность разума и прогресса решать социальные проблемы, а кроме того, придавала большое значение индивидуализму и самодисциплине, и нигде этот идеал автономии и самоопределения не был более актуален, чем в молодых Соединенных Штатах. Это сильно коррелировало с американским вариантом христианства, в котором большое внимание уделялось силе воли[173] и проявлению веры в конкретных делах. Представителям элит, к коим относился и Раш, имевший доступ к идеализированной свободе и автономии, пьянство казалось угрозой всему, что им было дорого, и прежде всего их молодой республике.

По возвращении из отпуска Раш вскоре опубликовал статью, ставшую самой известной его работой: «Исследование воздействия крепких спиртных напитков на человеческое тело и разум» (An Inquiry into the Efects of Ardent Spirits upon the Human Body and Mind). В статье содержался страстный призыв к борьбе с дистиллированным алкоголем, а также новый взгляд на антиалкогольную повестку. По словам Раша, употребление алкоголя вызывало «временное умопомешательство», а хроническое пьянство само по себе было видом безумия. Раш описывал пьянство как хроническое рецидивирующее заболевание, которое напоминает «определенные наследственные, семейные и инфекционные болезни». Другими словами, Раш был первым, кто прямо назвал алкоголизм болезнью. По словам одного историка медицины, «можно сказать, болезни не существует, пока мы не договоримся, что она есть: признаем ее, дадим

ей имя и начнем на нее реагировать»[174]. Среди обширного наследия Раша, которое включает в себя неустанную работу по излечению психических болезней, принесшую ему заслуженное звание «отца американской психиатрии», отдельного упоминания заслуживает именно этот его вклад в теорию зависимости, сыгравший свою роль далеко за пределами медицины.

Что означает назвать зависимость болезнью?[175] Это не так просто сформулировать. Согласно одному из определений, если нечто называется болезнью, это означает лишь, что оно как минимум частично поддается медицинскому лечению. Это задает довольно низкую планку: «терапевтический» подход является лишь одним из возможных подходов к проблеме, помимо него, существует еще правоприменительная сфера, политика общественного здравоохранения, методы взаимопомощи. Однако слово «болезнь» может означать и нечто гораздо большее: что терапевтический подход является *наилучшим* способом решения проблемы, что причины проблемы проще всего обнаружить в тривиальной биологии[176] или что проблема является дискретной сущностью, четко отделенной от «нормальной» популяции. В отношении зависимости все эти утверждения неверны.

С другой стороны, Раш ничего подобного и не утверждал. Он описал несколько способов медицинского лечения хронического пьянства, разделив их на две категории: методы против состояния опьянения (например, засунуть перышко в горло, чтобы вызвать рвоту, или отхлестать кнутом, чтобы вызвать отток крови от мозга к телу) и методы, отбивающие желание употреблять крепкое спиртное (например, добавление в спиртное препаратов, вызывающих рвоту, или «волдыри на лодыжках», которые, по его мнению «уменьшают пристрастие к спиртным напиткам»). Тем не менее Раш не считал, что медицина является единственным выходом: он соглашался, что приверженность к религии и молитва[177] тоже хороши в борьбе с алкоголизмом, поскольку вызывают чувство вины и стыда.

Другие авторы решительнее настаивали на том, что зависимость относится к сфере медицины. Среди них был, в частности, шотландский врач Томас Троттер, опубликовавший в 1804 году эссе о пьянстве, получившее широкую известность. Троттер тоже признавал,

что хроническое пьянство является болезнью, однако настаивал, что медики вроде него лучше подходят для борьбы с алкоголизмом, чем «священники» и «моралисты», которые, по его словам, «полны благих намерений», однако упускают самую суть проблемы: «Привычка к пьянству есть заболевание ума»[178].

Троттер лукаво утверждал, что он первым среди врачей[179] дал полное описание пьянства как болезни, хотя его работа вышла на много лет позже вышеупомянутой статьи Раша и он наверняка знал, что многие другие авторы опередили его в аналогичных выводах. Напомним, что почти за 100 лет до этого врачи, писавшие о джиномании, называли хроническое пьянство заболеванием, вызывающим нарушение воли. Один особенно влиятельный английский врач по имени Джордж Чейн обращал внимание и на то, что пьянство может прогрессировать («За каплей идет рюмка, а за рюмкой другие рюмки…»[180]) и что алкоголь представляет собой «колдовскую отраву», которая даже «благодетельных и рассудительных» может заковать в «цепи и оковы». В 1724 году Чейн опубликовал трактат о «нервных болезнях», включавший автобиографический раздел о его собственных проблемах с алкоголем: став успешным врачом, он попал под влияние «собутыльников» и «вольнодумцев», которые соблазняли его «питаться неумеренно и употреблять много спиртного». В результате он весил более 400 фунтов (180 килограммов) и испытывал множество проблем со здоровьем: вялость, лихорадка, запор, диарея, подагра, тремор, рвота и головокружение – и все это несмотря на «трезвую, простую и умеренную» диету (включавшую в себя не более трех пинт вина в день). В конце концов он излечился благодаря диете, состоявшей только из «молока и овощей»[181]. Энтони Бенезет, квакер и реформист из круга общения Раша, в 1774 году написал снискавший большую популярность памфлет под названием «Разоблачение могущественного разрушителя» (The Mighty Destroyer Displayed), в котором он описывает, как «несчастные пьяницы настолько порабощены этими дьявольскими напитками[182], что, кажется, совсем лишились способности освободиться из ужасного рабства». Бенезет делает вывод, что хроническое пьянство представляет собой длительное состояние безволия, и рекомендует полностью отказаться от спиртных

напитков – решительный разрыв с принятыми в то время представлениями о пользе алкоголя для здоровья.

Однако именно Раш более отчетливо, чем кто-либо прежде, развил взгляд на пьянство как на заболевание: это была «отвратительная болезнь»[183], выражавшаяся в «многочисленных недугах и пороках человеческого тела и ума». Раш сосредоточился на медицинском характере проблемы[184] не для того, чтобы заявить на нее права, но главным образом чтобы привлечь внимание к тому, что он считал опасным и потенциально смертельным заболеванием, на которое слишком долго закрывали глаза.

Один из моих первых пациентов во время междисциплинарной медицинской практики был тощий, как жердь, мужчина с героиновой зависимостью, у которого далеко выдававалась из челюсти огромная, покрытая коростой опухоль, За несколько месяцев до этого он обратился в больницу проверить небольшой узелок на языке, однако у врачей не хватило нервов терпеть его зависимость и «несоответствие норме», и он вскоре выпал из программы лечения. К моменту нашей встречи его опухоль была размером с небольшую дыню, туго обтянутую кожей. Надежды на выздоровление у него не было; родственники привезли его в больницу умирать.

Я учился на третьем курсе медицинского – это пугающий и трудный «клинический» год, когда студенты в ротации проходят практику по разным медицинским специальностям в реальной больнице, в составе команды, непосредственно занимающейся лечением пациентов. Мне это давалось нелегко. Казалось, этот человек служил наглядным примером несостоятельности современной медицины, причем не ее неспособности вылечить рак, а легкости, с которой она вышвыривает пациентов за порог. От порочности этой системы просто опускались руки. Мы наскоро залатывали самые острые проблемы и отправляли людей обратно в дома престарелых или даже на улицы, не имея возможности добраться до корней проблем, лежавших в основе нездорового поведения. К приходу зимы я уже устал просыпаться в 4 утра и разгребать списки задач, выполнение которых, казалось, никому не помогало.

Я стал больше пить. Значительно больше. Я мог неожиданно разрыдаться. Однажды я прошел онлайн-тест, который показал, что у

меня серьезная депрессия, и это привело меня в тесный кабинет бородатого психоаналитика в блочном здании медицинского центра, хотя поначалу я прятал глубину моего отчаяния за сухим профессиональным языком и утверждал, что пришел к нему, так как хочу специализироваться в психиатрии и для этого мне нужно лучше узнать себя. Он был ко мне добр, и со временем я признался ему и в пьянстве, и в моей общей неудовлетворенности. Мы строили теории о причинах моих страданий, о конфликте моих устремлений. Проведя детство в семье алкоголиков, я не мог стать родителем самому себе. Пьянство было способом справиться с экзистенциальной тревогой и аннигилировать время, чтобы мне не пришлось умирать (говоря словами психианалитика Отто Ранка, которые я переписал в свой дневник: «Отказ принимать жизнь взаймы, чтобы избежать необходимости возвращать долг смерти»).

Промучившись таким образом целый год, я провел еще один год, завершая стипендиальное исследование в области стимуляции мозга. На старших курсах я выполнял исследование по генетике, и после года клинической практики мне очень хотелось погрузиться в анархию и суету лабораторной работы. Вдобавок меня действительно вдохновляли перспективы использования новых технологий мощной магнитной стимуляции и нейрохирургии, которые могли напрямую влиять на мысли и чувства людей. Любил я и саму лабораторию: древнее стоматологическое кресло, которое кто-то, похоже, вытащил со свалки, чтобы сделать из него нашу установку для транскраниальной магнитной стимуляции, которую я испытал на себе: толстый, скрученный в восьмерку электрический кабель, прижатый к голове сбоку, и ощущение покалывания, когда этот кабель стимулировал мою моторную кору, чтобы я пошевелил пальцем. Все это сулило огромные возможности, шанс прицельно воздействовать на аберрантный контур мозга и облегчить чье-то ОКР или тяжелую депрессию; это был конкретный и измеримый метод, который, казалось, на несколько световых лет опередил топорные психиатрические препараты с их побочными эффектами.

Чтобы принимать участие в таких футуристических экспериментах в качестве добровольца, требуется особый вид отчаяния или, может быть, веры. Испытание глубокой стимуляции мозга для лечения депрессии требовало размещения в грудной клетке импланта

наподобие ритмоводителя, от которого под кожей идет провод к черепу, куда через отверстие вживляется тонкий электрод, передающий сигнал к центру мозга. У некоторых из добровольцев, просившихся на это испытание, была относительно легкая депрессия. Они, конечно, не удовлетворяли критериям отбора, которые включали в себя тяжелую, трудноизлечимую депрессию и несколько неудачных попыток лечения другими методами. Но их интерес к исследованию показал мне, как слепо некоторые люди верят в методы, сводящие всю психиатрию к одной лишь нейробиологии.

Даже в тот относительно легкий год исследовательской работы мое пьянство продолжало усугубляться. Я постоянно устанавливал себе какие-то рамки, которые тут же нарушал. Пообещав себе, что не буду пить на научной конференции в Майами, я вырубился, прислонившись к пальме, а потом меня стошнило в такси. Мне приходила в голову мысль, что я алкоголик, но я от нее отмахнулся.

Еще будучи студентом, я однажды посетил собрание Анонимных Алкоголиков – это входило в обязательную программу обучения, – и мне казалось очевидным, что я совсем не похож на этих людей, как и на моих родителей. Мне казалось, что моя проблема более сложная, более многоплановая и экзистенциальная, что это не обычная «болезнь» вроде алкоголизма и не психическое расстройство, как суицидальная депрессия или серьезное ОКР. Пациенты, страдающие от этих недугов, действительно нуждались в лечении, а мне просто нужно было повзрослеть.

Однако со временем, когда надо мной нависли последствия пьянства, я начал признавать, что у меня может быть проблема. Мой психолог отказался от меня после множества пропущенных мной сессий, я вылил целую бутылку джина в раковину и поклялся себе, что на этот раз действительно брошу пить. Я тогда не осознавал, хотя осознаю теперь, что я проделал с собой ту же штуку, которую однажды проделал с родителями, когда стал достаточно взрослым, чтобы осознавать всю пагубность их пьянства: я обыскал дом, вскрыл все заначки и демонстративно вылил все бутылки в раковину у них на глазах. И это точно так же не сработало.

В июле 1793 году в Филадельфию хлынул поток европейских поселенцев с Карибских островов. Они спасались от восстаний рабов

и свирепствовавшей там эпидемии. К концу месяца в Штатах зафиксировали ряд случаев тяжелого штамма желтой лихорадки, и столицу охватил страх. Те, кто мог уехать, уезжали из города, ближайшие поселения перекрывали мосты и дороги, чтобы не пустить к себе беженцев. В результате смертность составила около 9 %, и половина всего населения уехала из города. Но Раш остался.

К тому времени Раш стал влиятельной фигурой в местном медицинском сообществе, он превратил свой дом в импровизированный госпиталь, в котором работали пятеро его студентов (трое из них умерли за время эпидемии). Он лично осматривал по 100 пациентов в день, давал им огромные дозы слабительного и делал обильное кровопускание. Он называл это «терапией истощения», она известна также как «героическая медицина». Этот популярный в то время подход был нацелен на успокоение возбужденных кровеносных сосудов и облегчение жара и головной боли, которыми сопровождалась желтая лихорадка. Раш считал, что человек способен перенести потерю 80 % крови, и за короткое время на лужайке перед его домом пролилось столько крови[185], что она источала смрад и кишела мухами.

И тогда, и сейчас Раш подвергался критике за это «героическое» лечение. Без сомнения, его самоотверженный труд во время эпидемии желтой лихорадки отнял жизни у сотен пенсильванцев, и, что еще хуже, его расистские научные убеждения приговорили к смерти сотни чернокожих. Раш утверждал, что чернокожие имеют иммунитет против желтой лихорадки, и призывал их заботиться о больных, поэтому при острой нехватке медицинского персонала именно чернокожие медсестры круглосуточно ухаживали за бредящими пациентами, которых рвало кровью, и массово умирали. (К слову, Раш был убежден, что сама по себе темная пигментация кожи является болезнью, результатом проказы, а также владел рабом, хотя был аболиционистом.)

Раша подвел редукционизм – тема, к которой я не раз буду возвращаться на протяжении этой книги, хотя и не всегда с целью критики. Редукционистский подход не обязательно плох, поскольку многие научные проблемы требуется расчленить на составляющие, чтобы изучить низшие уровни организации: к примеру, для разработки вакцины нужно исследовать генетику вирусов. Однако на протяжении

истории медицины, и в особенности истории зависимости, нередко случалось так, что чрезмерно упрощенные подходы, редуцирующие сложное явление до отдельных аспектов, приносили больше вреда, чем пользы.

В своих взглядах на зависимость Раш вовсе не являлся ярым редукционистом, у него была довольно взвешенная и умеренная позиция по поводу роли медицины в объяснении этого явления. Однако будущие мыслители взяли на вооружение его идею и произвели с ее помощью огромное множество бесполезных и даже вредных «методов лечения». Чем сложнее и коварнее болезнь, там плодороднее почва для громких заявлений, и лечение зависимости в этом смысле не исключение: в этой области бесконечная вереница потенциальных героев предлагала бесконечные абсурдные методы лечения, основанные на претенциозных редукционистских теориях.

И хотя конкуренция велика, главный приз, пожалуй, следует присудить Лесли Кили, предприимчивому медику, работавшему в конце XIX века. Он был первым в ряду «целителей», практиковавших в то время методы нетрадиционной медицины и предлагавших целый калейдоскоп препаратов, порошков и микстур от любого недуга[186]: например, средство от пьянства «Тайна белой звезды» (94 цента за упаковку из 30 капсул с кокаином) и противоядие «Хэй-Личфилд», обещавшее отбить охоту к выпивке благодаря особому составу, в который входила бычья желчь, кожа угря, треска, коровья моча и спирт. После Гражданской войны Кили объявил, что он открыл лекарство от алкоголизма на основе «дихлорида золота»[187], однако отказался раскрыть его состав. Он основал весьма успешную сеть клиник, где этот раствор вводили внутривенно (с помощью красного, белого или синего шприца!). Он хвастал, что его запатентованная технология не только избавляет людей от пагубных пристрастий, но также «освобождает волю»[188] и «дает силу воли любителю опиума». Его компания заработала миллионы долларов, с 1880 по 1920 год через его лечение прошли более 500 000 человек[189]. Его имя было известно всем, и в каждом крупном городе можно было увидеть огромные рекламные щиты и вывески, прославлявшие доктора Кили.

Главным фактором успеха рекламной кампании Кили стало использование понятия болезни в целях продвижения продукта. Другими словами, он объявил: «Пьянство – это болезнь, и я могу ее

вылечить»[190]. Механизм кажется простым, даже примитивным. Подобная схема, включающая использование научных объяснений для продажи препаратов, повторялась неоднократно. До недавнего времени один из самых модных реабилитационных центров в Малибу, Калифорния, обещал своим клиентам «излечение от алкоголизма и наркомании», заявляя, что успешность лечения составляет более 60 % [191] по результатам 30-дневной программы стоимостью 112 000 долларов.

И хотя сегодня мы признаем, что Кили был шарлатаном, многие его формулировки кажутся на удивление современными: «Физиологическое воздействие опиума заключается в снижении естественных сил нервной системы». Если наркотик принимают долгое время, он изменяет «структуру нервов и их деятельности», вызывая «морфинизм»[192], или морфиновую зависимость. Подобная риторика не раз повторялась на протяжении долгого периода: объясняя проблему изменениями в деятельности нервов, Кили будто описывал заболевание центральной нервной системы.

«Зависимость является заболеванием головного мозга, и это важно»[193], гласило название редакционной статьи, опубликованной в 1997 году Аланом Лешнером, директором Национального института проблем злоупотребления наркотиками. Этот провокационный и получивший широкую известность текст был попыткой привлечь внимание к проблеме зависимости с позиций нейробиологии. Лешнер утверждал, что два десятилетия исследований – от молекулярных характеристик нейромедиаторов и рецепторов до относительно новых направлений в нейровизуализации – привели ученых к выводу, что мозг зависимых людей отличается от мозга всех остальных. Во всех изученных случаях наркотической зависимости был нарушен один и тот же нейробиологический путь. Более того, хроническое употребление наркотиков меняло сам мозг. (Лешнер намеренно избегал термина «повреждение мозга», оперируя вместо того словосочетанием «долгосрочные изменения мозга».) По его словам, ученые достигли консенсуса, однако политики и общество еще не осознали этого, и исследователи должны донести до них свои открытия – не только ради дополнительного финансирования, но и

ради отмены стигматизации. Представление о зависимости как о заболевании мозга, согласно прогнозу Лешнера, должно было стать новой, более сострадательной альтернативой устоявшимся моделям зависимости, которые представляли людей либо жертвами окружения, либо безнравственными слабаками.

Статья Лешнера имела оглушительный успех. Другие исследователи процитировали ее более 2000 раз[194] – на удивление много по любым меркам. Она способствовала выделению дополнительного финансирования на исследования зависимости[195]. В наши дни понимание зависимости как заболевания мозга принято повсеместно, от лечебных учреждений до образовательных программ. Я слушал лекции об этом и как студент университета, и как пациент реабилитационного центра.

Однако с самого начала эта концепция заболевания головного мозга была предметом горячих дебатов. Ее противники беспокоились о том, что она ставит мозг во главу угла и отдает ему приоритет перед психологическими, социальными и политическими факторами, также играющими важную роль в формировании зависимости. В 2014 году 94 ученых из разных областей науки опубликовали критический разбор[196] в журнале *Nature* – среди подписавших его были не только представители гуманитарных наук, но также известные биологи и медики, в там числе Карл Харт и Джером Джаффе, главный идеолог борьбы против наркотиков в администрации президента Ричарда Никсона. В опубликованном письме представление о зависимости как о нарушении работы мозга было названо «близоруким», не учитывающим более широкий человеческий контекст.

Говоря о зависимости как о болезни мозга, люди могут иметь в виду разные вещи. Самое умеренное толкование звучит вполне резонно и почти что скучно: нейробиология помогает нам понять явление зависимости и исследовать способы ее медикаментозного лечения, однако это не единственный возможный подход к проблеме. В тексте Лешнера имелась оговорка, что «зависимость – это не только заболевание мозга», и он указывал на необходимость исследовать социальные компоненты этого явления. Но в конечном счете мозг был для него на первом месте: согласно его модели, зависимость «в своей основе» является заболеванием мозга, она является «результатом» воздействия наркотиков на мозг, а следовательно, «мозг является ядром

проблемы». Американское общество лечения зависимости взяло эту модель за основу при формулировании собственного определения зависимости, согласно которому она представляет собой «*первичное* хроническое заболевание мозга, поражающее механизмы вознаграждения, мотивации и памяти»[197].

Ученые, жившие во время Бенджамина Раша, вели аналогичную дискуссию о физических причинах психических болезней. Раш обучался в Эдинбургском университете, который был тогда ведущей медицинской школой в мире и развивал особый подход к проблеме взаимосвязи тела и разума. Вслед за философом Джоном Локком многие ученые полагали, что человеческий ум представляет собой *tabula rasa*, чистый лист, а потому все, чем является личность, – характер, знания, нравственность и самоощущение – формируется под воздействием стимулов, поступающих из окружающего мира. Медики Эдинбургской школы ставили ум выше тела. Как писал Локк, «безумие, судя по всему, это лишь расстройство воображения»[198]. Так и Томас Троттер настаивал[199], что если пьянство является заболеванием ума, то и лечению следует подвергать не тело, а ум. Звучит почти как психотерапия: следовало внушить пациенту уверенность в своих силах и помочь отучиться от вредной привычки. Филипп Пинель[200], еще один современник Раша, выступавший за более гуманные подходы к лечению психических заболеваний, также подчеркивал важность психологических методов, к примеру доброты и осмысленного отдыха, отдавая им предпочтение перед физическими, то есть лекарствами и принятыми в те дни, зачастую жестокими лечебными манипуляциями вроде сенсорной депривации и смирительных рубашек.

Однако к концу жизни Раша медицинское сообщество стало все больше склоняться к физиологической позиции. Центр медицинской мысли переместился из Эдинбурга в Париж, где в результате революции контроль над больницами перешел от церкви к врачам. Новые методы – клинический осмотр и вскрытие – открыли целый мир «вещественных доказательств» в медицине и позволили в деталях наблюдать за работой организма. Клинические исследователи нового поколения, проникнутые революционными идеями и недоверием к

авторитетам, ставили «тело выше книг»[201] и искали физические корреляты любых болезней, в том числе и психических.

Ученые того времени, верившие прежде всего в силу биологии, утверждали, что корни всех психических заболеваний лежат в физиологии, а следовательно, их необходимо изучать и лечить на физическом уровне. Так, в 1819 году живший в Москве немецкий врач по имени Карл фон Брюль-Крамер описал болезнь под названием *Trunksucht*[202], то есть «одержимость пьянством», или «тяга к питию». Брюль-Крамер заметил, что вторжение Наполеона в 1812 году[203] оставило глубокие шрамы на психике москвичей и, по всей видимости, вызвало обострение проблем с алкоголем. (К слову, алкоголь использовался в качестве оружия: когда французские войска вплотную подошли к городу, московский губернатор забрал все пожарные помпы и превратил обильные запасы водки в зажигательные бомбы[204], поджигая склады и суда, груженные спиртным, так что три четверти города сгорело дотла.) И хотя Брюль-Крамер осознавал, что проблема пьянства была связана с социальной напряженностью вследствие вторжения Наполеона, он настаивал, что «тяга к питию» является биологической проблемой[205], а следовательно, ее нужно лечить физическими методами, например горькими травами, железом и разбавленной кислотой. Следуя идеалам биологической медицины, которые включали в себя возможность точного измерения и количественной оценки всего и вся, Брюль-Крамер тщательно описал различные подтипы вышеупомянутой болезни и заявил, что раскрыл лежащие в ее основе законы.

Ошибка его рассуждений заключается в том, что природа причин не обязательно должна диктовать природу лечения. Это признавали многие авторы того времени: французский врач Жан-Этьен-Доминик Эскироль[206], один из учеников Пинеля, считал, что даже если все психиатрические расстройства можно свести к биологическим причинам, врачи тем не менее могут бороться с ними, воздействуя на социальные факторы и применяя психологические методы. Сам Раш был большим энтузиастом физических методов лечения, включая такие экстремальные процедуры, как холодные ванны и его любимое кровопускание, однако не пренебрегал и психическими техниками, которые опосредованно излечивали тело[207] благодаря воздействию на

ум. Современные критики концепции заболевания мозга развивают эту идею, говоря, что дуализм тела и разума, лежащий в основе этого спора, несостоятелен. Если мы признаем, что разум – это функция мозга, такое разделение становится бессмысленным, а попытки свести сложные явления психических расстройств к единственной «основополагающей» причине только вводят в заблуждение. Когда мы говорим, к примеру, что определенная область мозга или мозговая активность «лежит в основе» некого психического опыта, мы скорее подменяем один уровень объяснения другим[208], нежели объясняем, как одно проистекает из другого.

Редукционизм может быть полезен. Одна моя хорошая подруга занимается консервацией произведений искусства. Она применяет лазеры и химические вещества для реставрации старинных гобеленов и скульптур, и для этого ей приходится воспринимать произведение искусства как набор молекул. Но никому не приходит в голову утверждать, что именно так должны воспринимать искусство все люди. Аналогичным образом редукционистский нейробиологический подход может принести определенную пользу в исследовании зависимости. Он может помочь ответить на важные вопросы[209]: каковы различные факторы, подталкивающие человека к зависимости? Существуют ли различные виды зависимости? Как и почему одни люди выздоравливают, а другие нет? Исследования помогают разрабатывать новые медикаменты и определять, где разместить вживляемые электроды. Но называть зависимость первичным заболеванием мозга – это перегиб. Эта установка снова приводит нас к прежней проблеме: привязка к единственной научной модели не позволяет полностью объяснить сложное явление. Нейронаука не единственный способ объяснить проблему зависимости, а возможно, даже и не лучший. Я подозреваю, что даже самые зашоренные ученые не склонны так думать, однако таково расхожее представление, и у него есть свои последствия.

Как уже говорилось, концепция зависимости как заболевания мозга помогла обеспечить финансирование исследованиям, однако многие ученые не без тревоги отметили[210], что федеральные исследовательские программы, посвященные алкоголизму и наркомании, уже довольно давно тяготеют к редукционистскому биологическому подходу и явно пренебрегают социальными,

эпидемиологическими, клиническими и политическими факторами. Более того, этот редукционистский подход не способствовал уменьшению стигматизации зависимости. Некоторые исследования показали, что биологическое объяснение психических расстройств уменьшает чувство вины и самостигматизацию, однако, согласно другим данным, биологическое объяснение подкрепляет веру в неэффективность психотерапии. В целом же крупнейшие и наиболее тщательные исследования в этой области выявили, что биологические объяснения усиливают пессимизм и неприятие людей с психологическими проблемами[211] и подкрепляют стереотип, что носители психических расстройств представляют особую опасность.

К настоящему времени термин «заболевание мозга» уже до того истрепался и идеологизировался, что только сбивает с толку, а возможно, и вовсе утратил смысл. Вероятно, самое плохое в нем то, что он подкрепляет ложную дихотомию между выбором и принуждением. К примеру, Лешнер утверждал, что длительное употребление наркотиков ведет к «поломке переключателя», так что в конце концов человек против своей воли впадает в зависимость. Его преемница в Национальном институте проблем злоупотребления наркотиками, Нора Волков, пошла еще дальше, заявив, что «мозг [зависимого человека] утрачивает способность порождать то, что необходимо для нашей деятельности и что здоровые люди воспринимают как данность, – *свободу воли*»[212]. Все причуды человеческих поступков и волеизъявления не могут быть сведены к столь примитивной бинарности: вероятно, именно потому исследователи стигматизации полагают, что концепция заболевания мозга убивает надежду. Даже редукционист Брюль-Крамер не решался утверждать[213], что тяга к питию лишает человека свободы воли, – скорее он говорил о борьбе с мощными импульсами. Да и Бенджамин Раш не считал, что психическое заболевание полностью уничтожает свободу воли. «В какой степени люди, страдающие вышеупомянутыми болезнями, должны нести ответственность за свои действия согласно законам человеческим и божественным и где следует провести черту, которая отделяет свободный поступок от вынужденного, а порок от болезни, я определить не в состоянии»[214].

К 1809 году кипучая энергия Раша начала иссякать, к тому же у него в семье случилось несчастье. За несколько лет до этого его друг Джон Адамс потерял сына[215], который годами страдал от хронического пьянства, и тут Раш получил известие, что его собственный первенец, Джон, тоже утрачивает связь с реальностью.

Джон всегда был не таким, как все: способным, но импульсивным, подверженным вспышкам ярости и безрассудства. Родители настолько беспокоились о нем, что, когда он поехал учиться в Принстон, заботливый отец не разрешил ему жить в общежитии. В отличие от своих братьев, которые во всем походили на рассудительного отца, Джон долго метался между разными профессиями и в конце концов попал на флот. В те времена никто не назвал бы его психически больным, однако родители умоляли его соблюдать трезвость и проявлять осторожность, учитывая его проблемы с самоконтролем.

Теперь Джон по службе оказался на другом конце страны, в Новом Орлеане, где он из-за безудержного пьянства пренебрег своими обязанностями: он командовал кораблем, с борта которого солдаты должны были палить из мушкетов по рабам на берегу. Он впал в маниакальное состояние и попытался покончить с собой, полоснув острым лезвием по шее. В наши дни его сочли бы пациентом с двойным диагнозом – этим термином называют людей, страдающих зависимостью в сочетании с каким-либо иным психическим расстройством, что соответственно ухудшает прогнозы. В те дни возможности лечения были весьма ограниченны. Флотские доктора не придумали ничего лучшего, чем отослать Джона обратно к отцу, знаменитому Бенджамину Рашу из Пенсильванского университета. В сопроводительном письме они написали: «Ваше знание анатомии человеческого ума позволит вам сделать для него больше, чем кому бы то ни было на земле»[216].

Когда Джон появился на пороге родительского дома в Филадельфии, Раш был потрясен его видом: длинные спутанные волосы, отросшие загнутые ногти. Надеясь привести сына в человеческое состояние, Раш три дня не выпускал его из дома, отчаянно пытаясь наладить контакт, но Джон даже не позволил себя вымыть. В отчаянии Раш поместил сына в психиатрическую больницу. В расстроенных чувствах он написал Адамсу[217]: «Есть шанс, что он поправится, однако может случиться и так, что он до конца своих дней останется в нынешнем

состоянии». С Томасом Джефферсоном он был откровеннее[218]: «Сейчас он находится в камере в Больнице Пенсильвании… где скорее всего и окончит свои дни».

Этот невеселый прогноз отражает пессимизм, с которым Раш смотрел на перспективы лечения психических болезней в целом. Проработав несколько десятков лет в специализированном психиатрическом отделении Больницы Пенсильвании, которое он сам помог основать, Раш утратил уверенность и оптимизм, присущие ему в молодые годы. В частности, он больше не питал больших надежд на терапевтический подход к хроническому пьянству. В 1812 году он закончил свой главный психиатрический опус «Медицинские исследования и наблюдения заболеваний ума» (Medical Inquiries and Observationa, Upon the Diseases of the Mind), в котором он отмечает, что хронические алкоголики, страдающие «болезнью воли», часто становятся «неисправимыми», даже если у них есть в жизни всё: ни семья, ни друзья, ни репутация, ни работа, ни «религия или любовь всей жизни» не могут их спасти. Он описывает случай одного пьяницы, который в ответ на призывы бросить пить заявил: «Если бы в одном углу комнаты стояла бочка рома и если бы пушка непрерывно обстреливала ядрами пространство между мной и этой бочкой, даже тогда я бы не смог сдержался и попытался бы пройти перед пушкой, чтобы добраться до рома»[219].

Другие теоретики медицины все больше начинали сомневаться в идее Раша, что хроническое пьянство является болезнью. Их больше интересовало явление белой горячки, состояние острой алкогольной абстиненции, для которого характерны судороги, галлюцинации и паранойя и которое может привести к летальному исходу, нежели психологические особенности пьянства, и многие врачи вообще не признавали[220], что хроническое пьянство следует относить к области медицины. Всего через несколько десятилетий известный шведский врач по имени Магнус Хусс написал первый трактат о болезни, которую он назвал *Alcoholismus Chronicus*[221], откуда и пошло слово «алкоголизм». Однако он придерживался строго физического, механистического описания. По мнению Хусса, хронический алкоголизм сводился к физическим последствиям регулярного пьянства (например, отказу органов), и представление о пьянстве как о

заболевании ума полностью утратило популярность в медицинских кругах.

Раш, в свою очередь, к концу жизни уже не верил в способность социальных реформ остановить эпидемию алкоголизма в Соединенных Штатах. Он выступал за полный запрет, однако предполагал, что это не поможет. В письме к Адамсу он описывает одну фантазию, в которой он становится президентом и вводит полный запрет на спиртное, однако народ восстает против него и смещает с должности, изгоняя обратно в «профессорское кресло». В этой фантазии один из его советников объясняет, что люди повсеместно восстанут против «империи Разума», чтобы вместо этого «добровольно, а в некоторых случаях и вынужденно» подчиниться «империи Привычки»[222].

Раш посвятил свою жизнь лечению психических заболеваний и наряду со многими другими врачами, такими как Троттер и Гейлз, приложил немало усилий, чтобы медицинское сообщество начало воспринимать зависимость всерьез. К концу жизни, истощенный годами напряженной работы и, по некоторым признакам, хроническим туберкулезом, он пришел к выводу, что потерпел неудачу. Его сын был заперт в психиатрическом отделении Больницы Пенсильвании, и после смерти Раша в 1813 году Джон провел там еще 24 года, расхаживая взад-вперед и бормоча что-то себе под нос, протоптав в полу глубокую колею, которую прозвали «тропой Раша». Однако в то время, когда Раш-старший лежал на смертном одре, его идеи уже дали начало движению, которому суждено было изменить мир.

Часть II. Эпоха невоздержанности

Четыре. Одержимость

Однажды я и один студент-медик оказались втиснуты в отгороженный занавесками крошечный отсек отделения неотложной помощи, где мы опрашивали недавно поступившего пациента – 50-летнего строительного рабочего, который еще не совсем отошел от успокоительных. Джексон занимался ремонтом в своей квартире вместе с сыном-подростком, как вдруг повалился на пол в охватившем все тело припадке, длившемся две минуты. Из его односложных ответов мы поняли, что он ежедневно выпивал по две упаковки из шести банок пива, но дальше продвинуться не смогли, несмотря на то что он был в сознании. Из его медкарты мы выяснили, что этот эпизод был просто последним из многих в долгой истории его пьянства. В течение пяти лет Джексона мотало между состоянием непрерывного опьянения и восстанием всех систем организма, вызванным абстиненцией.

Составив краткий анамнез, я показал студенту, как оценить размер печени, постукивая по правой части брюшины: кончиками пальцев легко ощутить границы увеличенного органа. Печень Джексона была в два раза больше нормы, а в его крови, как вскоре показали анализы, наблюдался аномально высокий уровень печеночных ферментов, свидетельствующий о разрушении клеток печени.

Мы вышли из отсека и поговорили с сыном Джексона, стоическим и преждевременно повзрослевшим юношей, который посвятил нас в остальную часть его истории. Когда Джексон попал в больницу в последний раз, он снова начал пить сразу же после выписки. Семья не знала, что предпринять. Джексон всегда был спокойным, добрым, хорошим человеком. В то утро они шутили, передавали друг другу инструменты и мирно работали бок о бок. Но в другие дни отца будто подменяли. По ночам, когда не впадал в совсем уж бессознательное состояние, он часто становился злым и непредсказуемым. И они не были уверены, что готовы забрать его обратно домой, если он не согласится лечь в реабилитационный центр. Они просто не знали, чего от него ожидать.

Был субботний вечер, октябрь, и я остался дежурным терапевтом на отделении неотложки. Я был интерном, то есть проходил первый год

клинической практики после выпуска из университета. Я работал сутки через трое и в свою смену занимался пациентами других интернов и оформлял вновь поступивших. Объемы и темпы работы были просто бешеными. Карманы моего длинного белого халата оказались набиты мини-справочниками, медицинскими инструментами и, что самое главное, выписками из историй болезни с кучей пометок на полях и сделанными наспех приписками о тех 40 человеческих жизнях, за которые я нес ответственность. Мы работали с инфекционными пациентами – они, не считая нескольких случаев тяжелого гриппа и туберкулеза, демонстрировали широкий спектр сложных социальных проблем. Подавляющее большинство наших больных – в инфекционном отделении, а на самом деле и во всех остальных терапевтических отделениях тоже – имели проблемы с употреблением психоактивных веществ, в первую очередь алкоголя.

К нам поступали люди, которых фонтаном рвало кровью из-за тяжелых повреждений пищевода. Поступали бредящие пациенты с острым абстинентным синдромом, которых била крупная дрожь. А в одном особенно жутком случае в результате тяжелого запоя ферменты поджелудочной железы выплеснулись в брюшную полость и начали буквально разъедать внутренние органы, превращая жировые отложения в мыло. И хотя я никому об этом не говорил, каждый раз, когда мне доводилось лечить такого пациента, я ощущал, как у меня что-то сжимается в животе – точнее, в правом подреберье, где находится печень.

Я знал, что мое собственное употребление алкоголя уже вышло за границы здоровой нормы. Иногда, проснувшись утром, я как будто чувствовал собственную раздувшуюся, больную печень. Как-то после обеда, когда я был на смене и наступило некоторое затишье, я попросил своего старшего врача-резидента взять у меня анализ крови на функцию печени. Я знал, что это покажется ей странным, и попытался представить все как шутку, но втайне опасался, что с моей печенью все плохо. Когда пришли результаты, показавшие незначительное, обратимое повреждение печени, я почувствовал облегчение, но также и разочарование, потому что я знал: этого недостаточно, чтобы я изменился. И я не знал, чего будет достаточно.

Я больше не собирался обращаться за помощью к психотерапевтам или кому бы то ни было. Вместо этого я начал принимать

«Аддералл» – амфетаминовый препарат, который используется в лечении СДВГ и для усиления когнитивных способностей. Я нашел врача первичной помощи, которому наплел, что мне нужно больше энергии, чтобы писать. Пожав плечами, он выписал мне рецепт, предупредив, что это будет нецелевое использование препарата. А еще я стал чаще курить травку. Я прибегал к этим средствам не слишком часто – только когда мне нужно было справиться с негативными последствиями пьянства, которое уже начало меня беспокоить.

Если я слишком долго не пил, у меня начинал дергаться глаз. Даже в те вечера, когда мне не хотелось пить, я без всякого удовольствия опрокидывал несколько порций виски, просто чтобы уснуть. Все чаще я просыпался в неурочное время на диване в похмелье, не помня, как оказался там. Куда-то исчезали большие промежутки времени: вот я пью в баре или дома, а вот уже середина следующего дня.

Меня выматывало чувство страха, стыда и мысли о последствиях. Мне приходилось выделять большой когнитивный ресурс на то, чтобы отслеживать и исправлять последствия, вызванные моей зависимостью: придумывать оправдания за пропущенные смены и внеочередные больничные, когда я просто не вставал по будильнику или пейджеру, а также на то, чтобы справляться с возрастающей потребностью моего организма в этаноле.

Как-то вечером во время группового обсуждения, которое один из моих университетских учителей организовал в своей роскошной квартире с видом на Центральный парк, я почувствовал сильное сердцебиение. Голова стала пустой и легкой, я весь взмок. Поглядев на свои руки, я заметил, что они слегка дрожат. Я представил себе, что вот сейчас у меня случится припадок на глазах у коллег, мне вызовут скорую, дежурный врач сделает токсикологический анализ мочи, и в нем обнаружат следы травки и амфетаминов. Мне назначат испытательный срок и, что еще хуже, заставят бросить. Я был в ужасе и чувствовал себя загнанным в угол. Посреди разговора я неуклюже встал и поплелся к бару, чтобы вновь наполнить свой смехотворно маленький пластиковый стаканчик вином. Весь вечер я подливал себе снова и снова, старался пить помедленнее и пристально изучал лица окружающих, опасаясь, что они всё заметили.

Несколько недель после этого кошмарного вечера я пытался отслеживать, сколько я пью, чтобы взять это под контроль. Я

устанавливал себе какие-то ограничения и тут же их нарушал. На следующее утро я вспоминал, что было, удивляясь тому, что это произошло снова. Я рассказал университетской подруге, что у меня «формируется зависимость», и она отнеслась к этому с сочувствием, однако в ответ призналась, что и ей непросто дается интернатура, что она ненавидит эту жизнь и подумывает бросить медицину. Мы немного пожаловались друг другу на жизнь, и я почувствовал, что я не один и меня понимают, но еще я почувствовал, что у нас обоих нет выхода. Мы были словно два выживших в кораблекрушении, каждый на своем спасательном плоту, дрейфовали в одном направлении, но берег все не показывался, и нам нечего было дать друг другу. Я сказал ей, что на этот раз постараюсь действительно сократить потребление алкоголя. Тем же вечером я приготовил себе огромный коктейль «Манхэттен», и поскольку я сделал его на основе отличного виски и вермута, и он получился очень вкусным, и к тому же я убедил себя, что иначе мне не уснуть, я решил, что ничего страшного не случится.

Несколько дней спустя я снова напился где-то в баре, и у меня снова случился провал в памяти. Я чувствовал, что я застрял в ловушке, что больше не владею собой. Я ощущал страх, но и какое-то беспечное безразличие, как будто наблюдал через стекло, как рушится чья-то чужая жизнь. Я будто становился другим человеком.

В XII веке, во времена империи Сун, в Китае жил ученый по имени Чжан Бинь[223], и однажды он почувствовал, что его пьянство выходит из-под контроля. Каждый вечер он ставил около кровати несколько литров спиртного, чтобы предотвратить синдром отмены. Как-то ночью он отключился, а придя в себя, не помнил, где спрятал выпивку. Проснувшись, он впал в панику, его трясло, а потом его вырвало небольшим кусочком плоти. Он был гладкий, желтоватый, похожий на фрагмент печени и странно подрагивал на полу. Бинь описал его как «пчелиное гнездо». Он попробовал опустить это нечто в алкоголь, и оно издало тихий удовлетворенный звук. Исполнившись отвращения, Бинь бросил его в огонь, где оно с шипением сгорело. Больше он не пил.

Является ли зависимость частью меня или существует отдельно от моей личности? Зависимость часто представляют в образе врага, прячущегося внутри организма, однако отделенного от «истинной природы» человека, словно чужеродный дух или демон[224]. В

реабилитационной клинике меня учили, что моя болезнь – это враждебная сила, которая выполняет отжимания в подвале моего сознания, спящий тигр, которого можно нечаянно разбудить, балуясь с психоактивными веществами. Живущие в Южной Калифорнии американцы мексиканского происхождения, употребляющие героин, рассказывают о *tecato gusano* – неистребимом черве наркомании[225], живущем в их внутренностях и вечно угрожающем новым срывом. Многие исследователи мозга находят этого «врага» в голове: они описывают «мятеж среднего мозга»[226], когда поврежденные и неестественно мощные мозговые контуры зависимости восстают против попыток разума контролировать поведение.

Все эти формулировки относятся скорее к области мифологии, а не медицины: внутренний конфликт между истинной сущностью и коварным захватчиком, борьба между добром и злом, зависимость как одержимость. В этих историях об одержимости наркотики и сама зависимость изображаются врагом, и они часто строятся на представлении о том, что наркотики обладают какой-то внутренней силой, которая вызывает прогрессирующее и неизбежное разрушение личности. Этот внушающий трепет образ зависимости представлен во многих культурах и эпохах. Одна особенно влиятельная его вариация возникла в патетической религиозной среде молодых Соединенных Штатов на заре XIX века, когда один из духовных лидеров, влиятельный священник по имени Лайман Бичер основал общество воздержания.

Лайм был серьезным и строгим человеком, он отличался особенно ревностной верой[227] даже в эпоху, когда пылко веровали все вокруг. Он родился в семье потомственных кузнецов, изучал богословие в Йельском университете в конце XVIII века, на заре Второго великого пробуждения[228] – массового религиозного движения, охватившего США. Второе великое пробуждение стало пламенным восстанием против религиозного формализма в пользу более простой, демократичной народной религии. Это было массовое популистское движение, обещавшее людям не только спасение души, но и социальные реформы. В 1798 году, выпустившись из Йельского университета, Бичер получил первое назначение в качестве священника в пресвитерианскую церковь Ист-Хэмптона, на восточной

оконечности Лонг-Айленда, где он взрастил свои реформаторские наклонности.

В то время Ист-Хэмптон представлял собой кучку фермерских деревушек, а главная дорога выглядела как две колеи, проходящие через зеленые поля. Раз в неделю местные жители приезжали на повозках в церковь, и раз в неделю небольшая шхуна отправлялась в Нью-Йорк за провизией. Это была очень простая сельская жизнь, которую в то время идеализировали многие представители юной нации. Однако для Бичера, который читал английские трактаты о борьбе с пороками, все представлялось в куда более мрачном свете: он видел сообщество, пропитанное скептицизмом и грехом, и считал себя борцом за души этих людей. Важно упомянуть, что он прочел «Медицинские исследования» Раша, ставшие для него главным источником вдохновения.

На Лонг-Айленде проживали тогда индейцы народности монток, и Бичера тревожило, что один местный поселенец использует спиртное, чтобы сформировать у них зависимость. Городской «виноторговец», сам отчаянный пьяница, поил индейцев ромом и виски допьяна, а потом скупал у них все зерно. В одну суровую зиму, когда ледяные ветра пронизывали приморскую общину, Бичер наблюдал, как монтоки приходят пешком за 20 миль и выкупают обратно свои урожаи, влезая в долги, чтобы только не умереть от голода. Он запомнил эту картину на всю жизнь. Как он рассказывал спустя много лет своей дочери Гарриет Бичер-Стоу (автору «Хижины дяди Тома»), «это было ужасно, просто ужасно! Я не мог перестать думать об этом, и я поклялся величайшей клятвой Господу, что так не должно быть»[229]. В тот вечер он пришел домой и набросал черновик проповеди против алкоголя, которую он вновь и вновь переписывал и улучшал на протяжении следующих десятилетий.

Бичер был до глубины души поражен тем, что спиртное используется как оружие против коренных американцев, но, кроме того, на их примере он видел, до какой степени общество поражено алкоголем. Эпидемия, на которую обратили внимание Окком, Раш и Бенезет, была в самом разгаре. Американцы пили с утра, в полдень, вечером, в дилижансах и на пароходах, в особняках и на фабриках. По утрам, чтобы проснуться, пили не кофе, а спиртное, потом опрокидывали стаканчик в 11, потом перед обедом и так далее, – не

говоря уже о том, что еду всегда запивали алкоголем, поскольку вода не считалась полезной. К началу 1820-х пьянство достигло небывалого размаха[230]: за год средний американец выпивал 7 галлонов – то есть чуть больше 30 литров – чистого спирта, или более пяти стандартных порций в день на каждого жителя старше 15 лет, что почти в три раза больше, чем средние показатели сегодня. Женщины и рабы пили меньше, однако входили в статистику, так что реальное количество алкоголя на тех, кто пил регулярно, получается даже больше. И дело не только в общем количестве – привычка к пьянству тоже вышла из-под контроля. За несколько десятилетий после провозглашения независимости групповые и сольные пьянки значительно участились, что влекло за собой общественные беспорядки и внушало тревогу. Джон Адамс беспокоился, что американцы превзошли все остальные нации в «этом унизительном, животном пороке невоздержанности». Зарубежные гости были с ним согласны, начиная от английских реформаторов, сетующих на американскую несдержанность, и заканчивая шведским путешественником, который отметил «общее пристрастие к тяжелому пьянству»[231].

Бичер вернулся в Коннектикут в 1810 году, убежденный, что с этим нужно что-то делать. Он вошел в церковный комитет и агитировал своих собратьев вступить в зарождающееся антиалкогольное движение, известное как движение за умеренность.

У слова «умеренность» необычная история. То, что американские крестоносцы превратили умеренность в воинственное фанатичное движение за полный отказ от алкоголя[232] – и движение это оказалось настолько мощным, что распространилось по всему миру, – один из величайших лингвистических курьезов нашего времени. Аристотель и Платон определяли умеренность как сдержанность, равновесие, гармонию. Христианские мыслители, к примеру Августин и Фома Аквинский, относили умеренность к четырем кардинальным добродетелям. У евреев и ранних христиан в целом не было проблем с алкоголем. Как и стоики, Святой Павел осуждал пьянство, однако, по его мнению, вино, творение Божье[233], было по своей природе хорошим напитком и прекрасно подходило для умеренного употребления. В период борьбы за власть и влияние на раннем этапе развития христианства некоторые мелкие секты призывали к полному

воздержанию, однако главенствующая церковь придерживалась мнения, что пить не только допустимо, но и желательно, отказываться от вина – ересь и лишь злоупотребление является грехом[234].

Американские пуритане колониального периода, например Инкриз Мэзер, также проповедовали против греха пьянства, однако в целом приветствовали алкоголь как «доброе творение Господа»[235] и, говоря о грехе, имели в виду поведение отдельного человека. Следующее поколение религиозных мыслителей, к которому относился священник и теолог Джонатан Эдвардс, отвергало идею, что алкоголь представляет собой некую непреодолимую силу. В своей работе «Свобода воли» Эдвардс называет причиной пьянства «моральное бессилие»[236] воли.

Как и их предшественники, Бичер и другие первые лидеры движения умеренности в 1810-х не призывали к полному отказу от алкоголя, только к сдержанности в его употреблении. Но даже при столь скромных амбициях Бичеру пришлось проделать огромную работу, чтобы убедить своих собратьев и руководителей их родной Коннектикутской конгрегационной церкви примкнуть к движению. Был сформирован специальный комитет для исследования этого вопроса. Сначала комитет решил, что затея безнадежная, и отклонил предложение, но Бичер не отступил, он ночами при свечах[237] расписывал аргументы и выступал с пламенными речами о долге церкви наставлять и исправлять пьяниц.

Пока Бичер боролся за свою идею, в стране поднималось всеобщее движение. Незадолго до своей смерти, в 1813 году Бенджамин Раш обратился с речью об умеренности[238] к влиятельному собранию лидеров церкви в Филадельфии, словно бы передавая эстафету от медицины к религии, которая в то время набирала силу и популярность. Начиналось Второе великое пробуждение: с 1776 по 1845 год количество священников на душу населения утроилось[239]. Подпитываясь этой энергией, мелкие общества воздержания возникали по всей Новой Англии, пользуясь доводами Раша[240] об опасности спиртных напитков и рисках хронического пьянства.

К началу 1820-х Бичер стал одним из самых влиятельных священников своего времени, собирая огромные толпы на выездных проповедях. Он почувствовал, что нация наконец созрела воспринять

его послание, и он пустил в ход проповедь, написанную когда-то в Ист-Хэмптоне, текст которой он шлифовал более десяти лет.

Около 1826 года Бичер издал «Шесть проповедей о природе, случаях, признаках, пороках и средствах от невоздержанности»[241]. Сразу после публикации книга стала хитом и важной вехой в деятельности движения за умеренность. И если некогда он призывал лишь к сокращению употребления, то теперь выступил с простым и радикальным требованием полного отказа от алкоголя. (Отметим, что в тот момент опасными считались только дистиллированные спиртные напитки, но не вино, пиво или сидр[242]. С развитием движения за умеренность это разделение было упразднено.)

В глазах Бичера алкоголь представлялся слишком опасным в любых количествах, и его необходимо было полностью искоренить из общества. В своих проповедях Бичер описывал, как спиртное подрывает саму способность оценить опасность до тех пор, пока не станет слишком поздно. Невоздержанность начинается с «фальшивой улыбки», а заканчивается неизбежным «укусом змеи». Никакое количество алкоголя нельзя считать безопасным. Кто-то говорил о благоразумном и умеренном употреблении спиртного, но, по словам Бичера, это было все равно, что говорить о «гадюках и змеях, которых мы благоразумно запускаем в наши жилища, чтобы они ползали там для развлечения гостей и на радость нашим детям». Алкоголь был коварным врагом, опутавшим страну и уничтожавшим целые ветви семейных деревьев. Представьте, говорил Бичер, что змея свилась вокруг вашего ребенка, «объяла его тельце своими холодными гибкими кольцами, с каждым вздохом сжимая свою смертельную хватку, как его крики разрывают вам душу, как его выпученные глазки, и предсмертные конвульсии, и простертые в мольбе ручки окрылили бы ваши ноги и придали бы сверхъестественную силу вашим рукам!» Однако «вы можете лишь наблюдать, как одна за другой ломаются косточки, пока агония не прекратится и крики вашего ребенка не заглушит смерть»[243]. Если наркотик так безжалостен, то полное воздержание – единственный выход.

Другие сторонники умеренности быстро подхватили эту риторику, описывая алкоголь как разрушительное, развращающее, кипящее, отравляющее, приносящее болезни и не знающее пощады

вещество[244]. Они рассказывали истории одержимости, основанные на представлении о том, что алкоголь обладает непреодолимой силой, и в этих историях само спиртное и невоздержанность представали демонами. Не только сам напиток, но и состояние, которое он вызывает, воспринимались как нечто единое: бес проникал в организм и становился «исполинским злом» невоздержанности, «неутолимым желанием» и «нравственной погибелью»[245] души.

Движение умеренности, вдохновленное Бичером, стало важной вехой в истории Соединенных Штатов. Всего за несколько десятилетий безвредное «творение Господа» превратилось, говоря словами популярного преподобного, проповедовавшего вскоре после Бичера, в «ядовитую тварь». Алкоголь представляли в виде Сатаны, чьи следы «помечены кровью»[246], в виде угрозы новой стране и ее с трудом завоеванной свободе. Позднее социологи назовут эту концепцию «демонического зелья» фармакологическим детерминизмом[247], который определяется как идея, что определенный наркотик может обладать уникальными свойствами, вызывающими привыкание и «порабощающими», детерминирующими человеческое поведение в силу свойств самого вещества. В 1835 году вышел памфлет «Винокурня Дикона Джайлза», который прекрасно иллюстрирует такое представление: в нем мы видим, как демоны производят и запечатывают бочки[248] с этикетками «нищета», «болезни» и «смерть». Очень скоро эта ключевая идея движения за умеренность воплотилась в новом названии алкоголя: «демон ром».

Мечта Бенджамина Раша о нации трезвенников начинала казаться все более реальной, «империя привычки» пошатнулась. Проповеди Бичера положили начало организованному и популярному движению за отказ от алкоголя, обеспечив переход от идеи умеренного потребления к идее тотального воздержания.

Бичер призывал к активной пропаганде на местах: просветительским кампаниям и основанию местных обществ воздержания, которые должны были убедить людей перестать пить и способствовать более масштабным переменам. И его ожидания оправдывались. К 1825 году в стране существовало более 5000 местных обществ, в которых состояло приблизительно 1,25 миллиона

человек, то есть почти 10 % населения. К 1835 году более двух миллионов человек[249] отказались от употребления крепкого спиртного. Отчасти из-за развития знаний о химии процесса изготовления напитков, отчасти из-за свидетельств реформаторов, которые видели, как пиво и вино приводят пьяниц, вставших было на пусть истинный, к рецидиву, начала стираться разница в восприятии дистиллированных спиртных напитков и ферментированного алкоголя, и движение умеренности стало ориентироваться на полный отказ от любых видов спиртного[250]. Это движение волнами прокатывалось по стране, подталкивая местные власти к запретительным мерам в отношении алкоголя и других наркотиков, вдохновляя аналогичные международные движения и вылившись в конце концов в тотальный запрет на алкоголь, продлившийся более десятилетия. Однако, несмотря на все грядущие изменения, самый кардинальный перелом в американских питейных традициях случился именно в первые годы после выхода проповедей Бичера.

С 1830 по 1840 год количество пьющих американцев уменьшилось почти вдвое[251], что составило самый большой спад в национальной истории – даже больше, чем в период сухого закона в 1920-х. В действительности, хотя мы и называем это раннее движение за умеренность «прогибиционистским» в том смысле, что оно выступало за полный отказ от употребления спиртного, оно не требовало введения законодательного запрета: реформаторы стремились лишь изменить мысли и чувства людей о природе алкоголя. Организации вроде основанного Бичером Американского общества воздержания буквально завалили страну трактатами, памфлетами и отпечатанными проповедями, полными поучительных историй. Популярные деятели искусств подхватили эту идею, и вскоре поток антиалкогольной пропаганды пополнился стихами, романами, пьесами, песнями, руководствами, картинами и графическими рисунками, которые внесли свой неоспоримый вклад в новое понимание проблем, связанных с алкоголем. Благодаря этим усилиям в национальном сознании сформировался новый важный сюжет: повторяющаяся история о «пьянице» и природе невоздержанности.

В 1843 году Эдгар Аллан По опубликовал рассказ «Черный кот» – историю доброго и милого господина, которого пьянство медленно, но

верно превращает в чудовище. Его любимый кот Плутон печально наблюдает, как хозяин становится угрюмым, раздражительным и, в конце концов, агрессивным. Под влиянием «Дьявольского Соблазна» он начинает бить свою собаку, кроликов, обезьянку и даже свою жену. («Но болезнь развивалась во мне – и нет болезни ужаснее пристрастия к алкоголю!») Однажды в ярости он вырезает коту глаз, после чего заливает свой стыд вином. Охваченный «духом противоречия», он вешает кота на дереве рядом с домом. Вскоре демонический двойник Плутона появляется в доме и доводит героя до того, что он убивает свою жену топором. После чего, в духе более известных рассказов По «Бочонок амонтильядо» и «Сердце-обличитель», он замуровывает ее тело в подвале.

К сожалению, при создании этой аллегорической истории По во многом опирался на собственный жизненный опыт. Его старший брат годами страдал из-за алкоголя и рано умер, да и сам писатель большую часть своей жизни боролся с зависимостями. Из-за карточных долгов его выгнали из Виргинского университета, за пьянство его не раз увольняли из журналов, где он занимал должности редактора, и он постоянно отталкивал коллег своими неконтролируемыми запоями. Он даже стал объектом сатиры в вышедшем в 1843 году романе «Уолтер Вульф, или Гибель пьяницы». Шесть лет спустя писателя, грязного, потрепанного и бредящего, нашли то ли в таверне, то ли на улице в Балтиморе. Через четыре дня он умер в больнице[252].

И хотя в рассказе «Черный кот» По описывает проблему зависимости наиболее ярко и полно, этой темой пронизаны и многие другие его работы: разделенное «я», постепенное погружение в безумие, мистическая борьба с таинственным, соблазнительным, непреодолимым злом. Всего через пять месяцев после смерти брата По опубликовал один из своих ранних рассказов – «Метценгерштейн». В нем повествуется о беспутном юном аристократе, чье «ни с чем не сообразное пристрастие» к демоническому коню доводит его до безумия и в конце концов смерти.

У По имелись веские причины размышлять об алкоголе, однако его рассказы были лишь каплей в море сочинений о пьянице – новом персонаже американской литературы. Примерно в это время сформировалась удивительно расхожая история об алкоголике, охваченном непреодолимым желанием пить и полностью

утрачивающем контроль над собой. Согласно этому «нарративу о пьянице»[253], если спасение и возможно, то лишь благодаря мощному внешнему влиянию. Центральное место в этом нарративе занимает предсказуемая и неизбежная нисходящая дуга, изображенная на знаменитой литографии 1846 года «Эволюция пьяницы» («The Drunkards Progress»). На ней мы видим мужчину, погружающегося в отчаяние, впадающего в нищету, идущего на преступление и в итоге кончающего жизнь самоубийством, и тут же изображение его жены и ребенка, плачущих на фоне горящего дома. Это была притча о моральной деградации, главной причиной которой стал алкоголь, и она оказалась весьма популярной.

В 1842 году сторонники трезвости поручили Уолту Уитмену написать «Франклина Эванса» – его первый роман и главный бестселлер при его жизни – историю невинного юноши, угодившего в ловушку пьянства. (Уитмен позднее отрекся от этой книги[254], заявил, что написал ее за три дня, *будучи пьяным,* и назвал ее «проклятой гнилью, гнилью наихудшего сорта».) В 1850 году Герман Мелвилл получил приз[255] журнала трезвенников за роман «Белый бушлат», в котором он утверждает, что моряки обречены возвращаться на флот: «плаванье следует за плаваньем, и как бы он ни зарекался, исконный враг человека – зеленый змий возвращает его к ендове и к батарейной палубе»[256]. Графический роман Тимоти Шея Артура «Десять ночей в баре и что я там увидел»[257] об ужасающих последствиях пьянства стал второй по популярности книгой той эпохи, уступив лишь «Хижине дяди Тома». Многие популярные пьесы в американских театрах в XIX века были основаны на подобных историях, кульминацией которых становились длинные сцены, наглядно иллюстрирующие течение белой горячки[258].

Страна, насквозь пропитанная алкоголем, теперь была насквозь пропитана еще и устрашающими историями о пьяницах. Один исследователь подсчитал, что в 1830-х годах 12 % всех американских романов[259] так или иначе затрагивали тему трезвости. Один критик в 1837 году сетовал на «избитость» сюжетов[260] и на то, что «литературные и церковные бездарности» дискредитируют жанр

литературы о трезвости, так как не могут породить ни одной оригинальной идеи.

Эти вездесущие истории были необычайно эффективны: они распространили повсеместно идею о том, что поддаться «дьявольскому соблазну» значит уничтожить себя, все больше теряя контроль над своей жизнью. Все эти произведения были построены на фармакологическом детерминизме в духе Бичера: алкоголю приписывалась разрушительная сила. Американский народ, еще недавно подверженный массовому пьянству, в большинстве своем уверовал, что алкоголь представляет собой грозную и неотвратимую опасность[261]. Фармакологический детерминизм обладает большой силой убеждения, которую можно использовать для различных социальных и политических целей, и он на удивление живуч: спустя целых 150 лет похожая идея о порабощающей силе наркотика была использована в борьбе против крэк-кокаина.

Билл Мойерс, уважаемый журналист, один из самых популярных дикторов новостей в своем поколении, бывший пресс-секретарь президента Линдона Джонсона, сидел в фургоне «штурмового отряда», состоявшего из вооруженных полицейских не при исполнении, и ехал сквозь дождь в крэковый притон в Атланте, чтобы забрать своего сына, Уильяма Коупа Мойерса. Октябрь 1994 года, его сыну было 35 лет, и у него случился очередной срыв в длинной череде рецидивов. «Что изменится на этот раз? К чему цепляться за надежду? Почему, несмотря на все мыслимые возможности и привилегии, это происходит с моим сыном?»[262] Так думал Билл Мойерс.

Отряд благополучно забрал Мойерса-младшего из притона и поместил в реабилитационный центр. И тут произошло кое-что неожиданное: он навсегда бросил употреблять крэк. Билл Мойерс не мог успокоиться, пока не разобрался в причинах, и в 1998 году выпустил пятисерийный документальный фильм «Мойерс о зависимости: личная история» («Moyers on Addiction: Close to Home»), в котором он предлагал вниманию публики свой ответ. После целого года съемок и интервью с ведущими учеными и чиновниками, формировавшими антинаркотическую политику в 1990-х, Мойерс пришел к выводу, что мозг его сына был «захвачен»[263].

В самом начале документального фильма, вкратце рассказав зрителям, что его собственный сын пострадал от зависимости, Мойерс обещает, что «ученые покажут нам, как наркотики захватывают мозг». После этого в кадре появляется МРТ-сканер, и гарвардский ученый Стивен Хайман объясняет, что этот аппарат «способен наглядно показать нам, как в мозгу возникает желание». Использованная Мойерсом яркая метафора дала название второй серии документального фильма – «Захваченный мозг». В ней исследователи описывали, как наркотики «обманывают мозг» и «захватывают» структуры, отвечающие за удовольствие[264], чтобы вызвать зависимость.

Идея «захвата», впервые получившая массовое распространение благодаря фильму Мойерса, была ключевым элементом концепции зависимости как болезни мозга. Фильм рассказывал, *что* и *как* делает болезнь: в нем приводилось очень подробное описание работы поврежденных мозговых контуров, отвечающих за чувство удовольствия. И на сегодняшний день эта метафора остается самым популярным способом описать зависимость – отчасти потому, что подкрепляет давние стереотипы фармакологического детерминизма, отчасти потому, что сама подкрепляется достижениями нейронауки последних десятилетий.

В 1954 году ученый по имени Джеймс Олдс выяснил, что электрод, вживленный глубоко в мозг крысы, может активировать зону, отвечающую за чувство наслаждения, при нажатии на специальный рычажок, так что животные продолжали нажимать и нажимать на него, отказываясь от еды и сна, что как минимум в одном случае привело к смерти от истощения. Олдс назвал эту зону мозга «центром удовольствия»[265]. Его открытие подкреплялось работами ныне почти забытого нейробиолога Роберта Хита, основателя кафедры психиатрии и неврологии Тулейнского университета, который проводил исследования по глубокой стимуляции мозга в 1940–1950-х годах. В серии экспериментов, которые в большинстве своем не соответствовали современным этическим стандартам, он вживлял электроды в мозг пациентов, страдавших шизофренией, склонностью к насилию и даже, в одном особенно скандальном случае, гомосексуальностью, чтобы попытаться провести «конверсионную терапию» через прямое воздействие на мозг. В процессе выяснилось,

что один из пациентов за три часа около 1500 раз[266] нажал кнопку, стимулирующую определенный участок мозга. Поначалу исследователи зависимости не оценили это открытие должным образом[267]: не хватало связующего звена между «центром удовольствия» и наркотиками – соответствующее исследование было проведено лишь много лет спустя.

В 1975 году исследователи Рой Уайз и Роберт Йокель опубликовали в престижном журнале *Science* статью, в которой утверждали, что нашли это связующее звено – некую молекулу под названием дофамин. В то время дофамин еще не был столь известен, как сейчас. Люди слышали, что он как-то связан с болезнью Паркинсона, особенно после выхода в 1973 году книги Оливера Сакса «Пробуждения», однако исследователи даже не знали наверняка[268], является ли дофамин нейромедиатором (молекулой, которая передает информацию между нейронами). Уайз и Йокель использовали химические блокаторы, или «антагонисты», дофамина, чтобы показать, что дофамин отвечает за удовольствие от амфетаминов. В последующих статьях Уайз выдвинул смелую гипотезу[269], что дофамины отвечают за чувство удовлетворения от еды, секса и наркотиков, поскольку играют ключевую роль в работе «центра удовольствия» в мозге. Научное сообщество приняло это к сведению, однако это открытие не произвело никакого впечатления на широкую публику. Пока десять лет спустя не началась эпидемия крэк-кокаина.

В 1980-х крэк-кокаин породил[270] очень сильную волну страха перед наркотиками в Америке. В мгновение ока СМИ наводнили материалы о невообразимо мощном новом наркотике, который быстро распространился в бедных кварталах, населенных чернокожими, – так называемых внутренних городах. Видимые признаки распространения крэка среди городской бедноты в совокупности с красочными сюжетами по телевидению рисовали удручающую картину. По всей стране, но прежде всего в городах северо-восточной части США, вечерние новости пестрели впечатляющими кадрами задержаний чернокожих и латиноамериканцев за преступления, связанные с крэком. В 1986 году употребление этого наркотика стало «проблемой года» по версии журнала *Time*. Рудольф Джулиани, прокурор Южного

округа и будущий мэр Нью-Йорка, однажды купил крэк на камеру[271], чтобы продемонстрировать беспредел уличной торговли. В том же году на CBS вышел фильм «48 часов на Крэк-стрит» («48 Hours on Crack Street»), который популярный телеведущий Дэн Разер рекомендовал как окно «в зону боевых действий, в увлекательные два часа реального хоррора».

Имейте в виду, крэк был словно ураган. Люди пускались в многодневные крэковые загулы и не выходили из них, пока у них не кончались деньги или силы. Дилеры коварно эксплуатировали зависимых женщин, которых СМИ прозвали «крэковыми шлюхами». Наркотик было легко производить и распространять, он стоил дешево, поэтому в городах шла жесткая конкуренция между участниками рынка[272]. Однако образы, которые транслировало телевидение, не совсем соответствовали реальности, поскольку большинство крэковых наркозависимых были белыми[273], а в глазах паникующей общественности проблема носила расовый характер.

Газеты, журналы и телеканалы использовали зашифрованные расистские формулировки, которые внушали зрителям, что опасные чернокожие и латиноамериканцы нарушают чистоту и невинность белой Америки. В новостном еженедельнике *Newsweek* писали, что крэк «уже изменил гетто» и «быстро распространяется по пригородам». В серии резонансных статей[274], опубликованных в *The New York Times*, звучало предупреждение, что крэк заражает «самые богатые пригороды округа Вестчестер», и в конце концов 8 июня 1986 года вышла леденящая душу передовица под заголовком «КРЭКОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ СРЕДИ СРЕДНЕГО КЛАССА» (CRACK ADDICTION SPREADS AMONG THE MIDDLE CLASS).

Дофаминовая гипотеза Уайза, появившаяся десятью годами ранее, внезапно оказалась в центре общенациональной дискуссии о природе зависимости. Врачи и исследователи описывали крэк как супернаркотик, «самый аддиктивный из известных человечеству», который вызывает «почти мгновенное привыкание»[275]. И причиной тому был дофамин: один психиатр писал, что крэк, по всей видимости, «стимулирует самые примитивные контуры мозга, отвечающие за вознаграждение», чтобы «вызвать сильную и неутолимую тягу к

наркотику»[276]. Он высказывал опасение, что «крэк вызывает компульсивное употребление абсолютно у всех». В 1988 году на передовице *The New York Times* появилась статья «Эпидемия крэка» (Crack Plague), в которой ученые описывали свои попытки понять природу этой «практически неискоренимой привычки», а эксперты называли крэк «самым опасным наркотиком из всех изученных», от которого «почти невозможно» отказаться из-за его воздействия на дофаминовую систему мозга. Сам Рой Уайз сказал: «Если бы я узнал, что моя дочь выбирает между героином и крэком, я бы предпочел героин»[277].

В 1990-х увлеченность медицинских кругов и СМИ дофамином продолжала расти. Новые эксперименты с применением микродиализа показали, что концентрация дофамина в мозгу крыс повышается также при употреблении широкого спектра психоактивных веществ, в том числе опиатов, алкоголя, никотина и кокаина. Эти открытия подкрепили теорию, согласно которой аддиктивные наркотики увеличивают выброс дофамина, а неаддиктивные нет. Развитие технологий нейровизуализации предоставило дополнительные аргументы в поддержку гипотезы о «центре удовольствия». В одной из передовиц *Time* в 1997 году говорилось, что дофамин – «главная молекула зависимости», и в ярких красках описывалась картина, как дофаминовые нейроны расходятся из области мозга, известной как прилежащее ядро, и влияют на всю нервную деятельность. Эта передовица ссылалась на работу восходящей звезды в нейробиологических кругах, Норы Волков (ныне главы Национального института проблем злоупотребления наркотиками), которая недавно опубликовала резонансное исследование о дофамине в журнале *Nature*. В ней приводилось объяснение, каким образом наркотики, влияя на выработку дофамина, «захватывают систему вознаграждения в мозге, сформировавшуюся миллионы лет назад».

Концепция «захвата» мозговых контуров оказалась настолько влиятельной, что сегодня слово «дофамин» знают практически в каждом доме по всему миру. Метафора «захвата» используется повсеместно[278] – от просветительских роликов на ютубе до пресс-релизов ведущих институтов по исследованию зависимости, включая Национальный институт здравоохранения и Гарвардскую медицинскую школу. После двух десятилетий активного обсуждения в

СМИ дофамин превратился в синоним удовольствия: «выброс дофамина» в мозгу считается причиной, по которой алкоголь, наркотики, уведомления из соцсетей и бодрящий глоток утреннего кофе приносят нам удовольствие. Биохакеры из Кремниевой долины даже устраивают себе «дофаминовый пост», воздерживаясь от любых действий, приносящих удовольствие, включая зрительный контакт, чтобы «перезагрузить свой мозг»[279].

Однако такое представление чрезмерно упрощает действительность. Молекула дофамина играет очень важную роль в формировании зависимости, а также в обучении и другой деятельности, связанной с внутренней системой поощрения, однако ее функционирование гораздо сложнее, чем это обычно изображают. В каком-то смысле популярные истории о дофамине опираются на уровень знаний 1980-х, не учитывая огромный научный прогресс, произошедший с тех пор. Во-первых, дофамин не «молекула удовольствия», он скорее связан с чувством желания, стремления к чему-то, а не наслаждения. После того как это было доказано серией экспериментов в середине 1990-х, даже Рой Уайз отказался от своей гипотезы[280], что дофамин отвечает за удовольствие. Во-вторых, выяснилось, что далеко не все наркотики «затапливают» мозг дофамином, стимулируя соответствующие контуры: Уайз работал в основном со стимуляторами, оказывающими мощное непосредственное воздействие на выработку дофамина, но каннабис и опиоиды, к примеру, не производят такого эффекта[281]. Если они и влияют на дофамин, то опосредованно, воздействуя на вышестоящие цепи, а не на саму дофаминовую.

В концепции «захвата мозга» дофамин выступает в роли «демона рома»: он вроде бы должен объяснить, почему наркотики обладают такой огромной силой[282], будто у них есть собственная злая воля, и потому они вызывают зависимость. Но на самом деле все обстоит не так: зависимость не развивается автоматически в результате употребления. У большинства людей, которые употребляют наркотики, в том числе крэк, метамфетамины и героин, не возникает серьезных проблем[283]. Исследования, длившиеся не одно десятилетие, показали, что лишь у 10–30 % людей, пробующих наркотики, возникают серьезные расстройства употребления. Наркотики как таковые не аддиктивны, они не вызывают зависимость сами по себе.

Наука может быть мощным оружием в руках общественных движений, а научные данные о разных веществах легко передергивать, чтобы поддерживать главенствующие предрассудки. Еще на заре движения за умеренность Бичер в своих «Шести проповедях» рассказывал медицинские байки[284] о том, что желудок является источником «приятных и болезненных вибраций для нервов» и «бодрости для ума», однако при регулярной стимуляции алкоголем его работа нарушается, возникает вакуум, который «ничто не может заполнить», и развивается фатальная привычка. Религиозные лидеры движения умеренности постоянно прибегали к помощи врачей, приводивших аргументы против алкоголя. В конце XIX века под влиянием этого движения был основан Департамент научного обоснования трезвости, который проверял школьные и университетские учебники и требовал, чтобы в них включали информацию о том, что алкоголь вызывает неконтролируемую зависимость и вреден в любых количествах[285]. Настоящие научные данные не играли роли – вся информация подгонялась под актуальную тогда концепцию одержимости. Наука привлекалась лишь для подкрепления утверждений, которые казались самоочевидными.

В 1990-х концепция «захвата» аналогичным образом отражала господствовавшие в то время социальные предрассудки. Само слово «захват» намекает на насилие и агрессию. (И отнюдь не случайно, что именно в конце 1990-х в обществе рос страх перед угоном автомобилей, захватом заложников и терроризмом[286]; в 1997 году Усама бен Ладен дал первое интервью для телевидения, а в Луизиане был принят закон, известный в народе как «Убей угонщика», позволявший водителям стрелять в любого, кого они заподозрят в намерении угнать их автомобиль.) Когда мы наделяем наркотик такой силой, мы демонизируем его и тем самым даем основания для самых жестких законодательных мер; антинаркотическая паника использовалась, чтобы оправдать карательную политику и войну против наркотиков. Как и старый миф об «огненной воде», утверждавший, что коренные американцы особенно уязвимы для алкоголя, эта новая история замалчивала истинные причины проблемы и жестокость методов борьбы с ней.

Эпидемия крэка скорее стала результатом ряда серьезных, взаимопересекающихся факторов, одним из которых было

систематическое угнетение зависимых людей. Кварталы чернокожих и латиноамериканцев прозябали в нищете после десятилетий дискриминации и целенаправленного исключения этой категории населения из сферы процветания. Затем, как выяснили вышеупомянутые исследователи Кейс и Дитон, глобализация свободного рынка и безработица сильно ударили по чернокожему населению городов в 1970–1980-х – они стали первыми жертвами изменений в национальной и глобальной экономике. Их проблемы были предвестниками трудностей, с которыми столкнулись белые представители рабочего класса в 2000-х и которые стали основным социальным фактором развития крэковой и опиоидной эпидемий – растущего неравенства[287], оставлявшего за бортом менее квалифицированных рабочих.

Концепция «захвата» несет в себе риск дегуманизации. Да, в определенных обстоятельствах она приводит к большему состраданию: она помогла Биллу Мойерсу разобраться в проблемах своего сына, понять, почему у него постоянно случались рецидивы крэковой зависимости. Аналогичным образом журналистка Бет Мэйси в книге «Ломка» («Dopesick») описывает, как в последние годы общественным активистам удалось сформировать более сочувственное отношение к людям с зависимостью благодаря беседам о «захвате свободной воли»[288]. Однако это имело свою цену. В одном из выпусков *Time* за 1997 год, где впервые использовалось слово «захват», на обложке был карикатурно изображен первобытный «рыбочеловек»[289], бездумно заглатывающий пустой крючок. Вероятно, именно поэтому биологические объяснения психических расстройств отдают пессимизмом и безнадежностью: изображая людей пассивным субъектами, полностью порабощенными наркотиком, мы будто низводим их до низших форм жизни.

Этот пессимизм возник отчасти в результате распространившегося в XIX веке нарратива о пьянице. Все внимание было сосредоточено на том, чтобы предотвратить превращение здоровых людей в пьяниц, и почти никто не думал о том, как спасти тех, у кого уже есть проблемы с алкоголем. Какие-то попытки помочь людям отказаться от спиртного предпринимались, но в случае неудачи от них отказывались как от безнадежных. Один из сооснователей Американского общества воздержания Бичера высказался весьма категорично: «Все

невоздержанные скоро умрут, и земля очистится от ужасного зла»[290].

Шестеро ремесленников – портной, плотник, два кузнеца, каретных дел мастер и ювелир – собрались в малолюдной и унылой таверне в Балтиморе и занялись тем, чем они обычно занимались субботними вечерами, – пьянством. Дело было в 1840 году, страна пребывала в разгаре тяжелого кризиса, который мог продлиться долгие годы. Банки разорялись, тысячи людей теряли работу, и недавно сформировавшемуся классу ремесленников приходилось особенно туго.

Все шестеро слышали, что тем вечером в город приезжает знаменитый проповедник, чтобы прочесть долгожданную лекцию о трезвости, однако с недоверием относились к налету элитарности, присущему движению за умеренность, а долгие лекции о греховности казались им невыносимо скучными. Скорее шутки ради, а может быть, испытывая смесь воодушевления и любопытства, четверо из них решили все-таки пойти. Как и ожидалось, лекция им не понравилась, они поглумились над высокопарным священником – все лидеры движения за умеренность были «просто кучкой лицемеров»[291], – и однако же, к их собственному удивлению, их вдохновила сама возможность изменить свое отношение к алкоголю. Их не устроила форма, но само содержание заинтересовало.

Они организовали собственный клуб. Встречи проходили раз в неделю и носили более эгалитарный характер. Чтобы добавить мероприятиям интереса, мужчины по очереди вставали и рассказывали о своих проблемах[292] просто, как умели (не по определенной схеме, как принято на современных собраниях Анонимных Алкоголиков), и каждая встреча завершалась общей клятвой не пить спиртное и обещанием привести на следующую встречу нового участника. Отдавая дань уважения своей борьбе против «Короля Алкоголя», они назвали себя «Вашингтонским обществом трезвости». Так появились вашингтонианцы.

Это было движение для алкоголиков, организованное алкоголиками, и там были рады всем, так что непьющие сторонники движения тоже приходили на собрания, и число групп росло лавинообразно. Этому способствовал дух равенства, присущий вашингтонианцам[293]: в отличие от всех остальных обществ трезвости, они принимали в свои

ряды ирландских и немецких иммигрантов, католиков, чернокожих и женщин. Собрания Женского вашингтонского общества, или группы «Марта Вашингтониан»[294], были первой площадкой в Нью-Йорке, где женщины начали активно высказываться на публике. Эти собрания предоставляли безопасную среду не только женщинам-алкоголикам, но и женщинам, страдавшим от мужского пьянства, и тем самым сформировали предпосылки для важной роли, которую женщинам предстояло сыграть в истории движения за умеренность[295]. Между прочим, более одной десятой населения Балтимора и не меньше 7 % жителей Нью-Йорка состояли в Вашигтонском обществе трезвости. К концу 1841 года обет трезвости дали почти 200 000 человек, а к 1843 году их число составляло несколько миллионов[296].

Вашингтонианцы были отщепенцами от основного движения. Они тоже демонизировали алкоголь, однако питали гораздо больше надежды на исцеление, они не считали пьяниц обреченными на гибель, как полагала главенствующая идеология. Вместо этого они говорили о необходимости прилагать усилия, активно действовать. Они считали, что при должной поддержке сообщества человек может найти в себе силы сделать выбор, проявить свою волю и спасти себя. Как заявил один из участников: «Это новая эра, друг мой, в игру вступила новая сила; и то, что раньше казалось безнадежным, сегодня происходит каждый день»[297]. Молодой Авраам Линкольн[298] на заре своей политической карьеры выступил на торжественном собрании общества в 1842 году и поздравил их с «мощным моральным усилием». Один известный вашингтонианец объяснил свое перерождение так: «Я проявил моральную силу, которая долгое время дремала во мне, не принося никакой пользы»[299]. Другой обратился к аудитории в кульминации своего выступления со словами: «Бедные пьяницы! Есть для вас надежда! Вы не можете быть хуже, чем был я, не можете пасть ниже, не можете стать бóльшими рабами своих аппетитов. Но вы можете вернуться, если захотите. Пытайтесь! Пытайтесь!»[300]

Они тоже опасались демонической, порабощающей силы «врага», скрывающегося в буфете, однако верили, что могут его победить. Как заметил Линкольн, движение за умеренность «внезапно превратилось из сухой абстрактной теории в живого, дышащего, деятельного и

могущественного вождя… Демонов пьянства изгоняют поодиночке, семерками, легионами, а их злополучные жертвы, подобные бедному одержимому, которого спасли от долгих одиноких скитаний в катакомбах, разносят по всему свету весть о добре, которое для них сделали»[301].

Это было низовое, народное движение, основанное на взаимопомощи и представлявшее собой совершенно новый подход к проблеме пьянства. Пьяницы легко могли поставить себя на место товарища по несчастью, быть свидетелями его признаний, помогать друг другу преодолеть стыд, оказывать взаимную поддержку и подводить черту под долгой и бесславной историей пьянства благодаря простым, конкретным и эффективным действиям. В отличие от всего остального движения вашингтонианцы с пониманием относились к срывам и терпеливо работали с людьми, помогая им соблюдать трезвость. Пьяницы могли не только обрести спасение, но и превратить свою борьбу против демона рома в героическую сагу, в которой они были хозяевами. В этом заключалась главная сила Вашингтонского общества как на уровне риторики, так и на уровне организации.

Пристальное внимание вашингтонианцев к собственно пьянству стало залогом их успеха. Они отказались от молитв[302], гимнов и затянутых проповедей, рассказывая вместо этого о личном опыте. В каком-то смысле они перевели религиозный пафос Второго великого пробуждения на мирской язык, отбросив весь церковный багаж, однако сохранив традицию исповеди и идею о падении и возрождении пьяницы. Вместо проповедей и церковных таинств они проводили трезвые концерты[303], балы, пикники, ярмарки и парады. Во время массового торжества в Нью-Йорке Уолт Уитмен, большой поклонник этого движения, появился на их собрании, а потом написал восторженный отзыв о «завершившем все грандиозном ночном шоу»[304]. Но самое главное – во времена страшных потрясений и общенационального кризиса это движение служило источником искренности и надежды.

Рассказы известных вашингтонианцев, к примеру Джона Бартоломью Гофа, профессионального актера, который сколотил состояние на платных выступлениях перед публикой, дошли до наших дней, и мне видится нечто прекрасное в том, как подробно они

рассказывают свои истории. Они пишут об иррациональном, сбивающем с толку внутреннем конфликте, который составляет ядро зависимости: они не легкомысленно отдают себя во власть демона, но отчаянно борются со своими желаниями. Гоф детально описывает, как в нем нарастало отрицание проблемы. Иногда он старательно убеждал себя, что на самом деле он не алкоголик, «отстаивал собственное право перед собой» и, будучи «собственным судьей и присяжными», «выносил оправдательный вердикт». Иногда он принимал обет трезвости, однако откладывал его исполнение «до лучших времен». А иногда попросту «забывал» о нем, хотя позднее признавал, что это происходило из-за «главной страсти»[305] к выпивке, которая вытесняла все остальные чувства. Именно это делало вашингтонианцев столь убедительными: не религиозные или медицинские аргументы, а простые, личные, узнаваемые истории. Однако вашингтонианцы исчезли так же быстро, как и появились.

У вашингтонианцев отлично получалось вызывать энтузиазм и принимать у людей обеты воздержания, однако им нечего было предложить публике, кроме первичного чувства новообращенности, после чего им сложно было удержать взятый темп. Как гласит одна известная поговорка Анонимных Алкоголиков, протрезветь – это одно, а оставаться трезвым – совсем другое. Вскоре собрания вашингтонианцев стали критиковать за однообразие. Людей уже тошнило от бесконечных рассказов о чьем-то пьянстве, «повествований об ужасных перипетиях»[306] в жизни «безобразной армии исправившихся пьяниц, опять оказавшихся в канаве». Несоблюдение обетов и срывы представляли собой огромную проблему, в том числе и для самых известных участников общества. Джон Гоф прошел через несколько рецидивов[307], увенчавшихся недельным запоем в Нью-Йорке в сентябре 1845 года, когда его в конце концов нашли в борделе. (Позже он оправдывался, что его напоили противники трезвости.)

Более того, вашингтонианцы нажили себе врагов. Их антирелигиозная позиция навлекла на них гнев церкви, а когда стремление к реформам переросло в ожесточенную дискуссию, они слишком ударились в политику. В то время шла борьба за власть между разными группами реформаторов. (В пику набирающему силу

движению аболиционистов некоторые сторонники движения умеренности утверждали, что пьянство даже хуже рабства, поскольку «сковывает не только тело, но и бессмертный разум»[308].) Само движение за умеренность раскололось на несколько конфликтующих фракций, чьи разногласия касались в основном необходимости введения законодательного запрета на алкоголь. И хотя изначально вашингтонианцы зарекались вступать в этот спор, Гоф и другие известные члены общества нет-нет да и высказывались за полный запрет, из-за чего подвергались нападкам со стороны других сторонников трезвости.

Вашингтонское общество трезвости просуществовало всего несколько лет[309] – к 1847 году оставалось совсем мало действующих групп, однако во времена, когда казалось, что ничто не поможет, они подняли рад важных и трудных вопросов, которые вернули людям с зависимостью человеческое достоинство. Чего ожидать от людей, страдающих зависимостью?[310] Насколько они контролируют свою жизнь? В последующие годы традицию взаимопомощи, основанную Вашингтонским обществом, поддерживали другие организации: «Сыны трезвости», «Храм чести», «Добрые самаритяне» и так далее.

Тем временем движение за умеренность продолжало распадаться на фракции. Любители закона и порядка требовали введения сухого закона, и в некоторых штатах им удалось этого добиться. Религиозные лидеры открывали свои группы взаимопомощи[311]. В это время разобщенности, когда сама страна стояла на пороге гражданской войны и страдала от глубоких противоречий – Север против Юга, свободные земли против рабовладельческих штатов, немедленная отмена рабства против постепенной, – стало расти влияние профессиональных медиков, вооруженных мощным препаратом, который недавно научились получать из сгущенного сока опийного мака, – морфином. Тогда он использовался редко, но ему предстояло стать звездой в мире наркотиков.

Пять. Первая опиоидная эпидемия в Америке

Одним хмурым воскресным лондонским утром 1804 года молодой и подающий надежды писатель по имени Томас де Квинси проснулся и почувствовал – в который раз – резкую боль в зубах и лице. Такие приступы – острые, изматывающие, неотступные – преследовали его постоянно, но на этот раз боль была нестерпимой, и продолжалась она уже три недели. В тщетной попытке отвлечься он отправился на прогулку, где встретил друга, который дал ему судьбоносный совет: «А почему бы не попробовать опиум?»

Во времена Квинси опиум был распространенным, даже обыденным наркотиком[312], который продавали не только в аптеках, но также в пекарнях, портняжных мастерских и прочих точках розничной торговли. В любом магазинчике прямо на прилавке лежал большой шмат опия-сырца – липкой коричневой массы, изготовленной из макового сока, – от которого отрезали порции за пенни, заворачивали в бумажные пакетики и продавали без всякого рецепта. Однако в тот день де Квинси отправился к аптекарю, который продал тот же наркотик в другой, также популярной форме – в виде лауданума, рубиново-красной спиртовой настойки опиума, в которую часто добавляли пряности. Писатель вернулся домой и принял средство.

Боль как рукой сняло, и вдобавок де Квинси охватил невероятный порыв вдохновения, подаривший ему удивительные видения и обострившийся его восприятие. Психический эффект значительно превзошел физический[313]: «То, что мои боли исчезли, казалось теперь пустяком»[314].

Де Квинси не исполнилось еще 20, он учился в Оксфорде и мечтал стать писателем, как его кумиры Уильям Вордсворт и Сэмюэл Тейлор Кольридж. До сих пор их поэзия была единственным средством утихомирить его беспокойный ум: когда он впервые прочел Вордсворта, он пережил мистический опыт, «совершенное откровение о неизведанных мирах, исполненных силы и красоты, о которых люди даже не подозревали»[315]. Опиум приоткрыл эту дверь еще шире. В последующие годы де Квинси принимал лауданум во все больших количествах, погружаясь в новый мир своих фантазий. В

наркотическом дурмане он бродил по улицам Лондона, упиваясь своим преображением. Сидя на галерке в опере, он наблюдал, как «гармония в самых изящных своих проявлениях»[316] разворачивает перед ним «как бы изображенною на гобелене всю прошлую жизнь».

Со временем он действительно пробился в круг общения Вордсворта и Кольриджа. Однако чем больше опиума он употреблял, тем сложнее ему было воплощать свои фантазии в произведения искусства. По его собственным словам (стоит отметить, часто противоречивым и ненадежным), к 1813 году он впал в полную зависимость от опиума: «С этой минуты ты вправе считать меня вполне приобщенным к опиуму, то есть человеком, спрашивать которого, принимал ли он нынче опиум, так же бессмысленно, как и вопрошать: дышал ли он сегодня и билось ли его сердце?» Вскоре его доза достигла астрономической величины[317]: примерно в 1817 году он принимал 320 «гранов» в день, что эквивалентно примерно 20 000 миллиграммам морфина. (Для сравнения, начальная доза при тяжелом болевом синдроме составляет от 15 до 30 миллиграммов каждые 4 часа, или 180 миллиграммов в день.) Он мечтал стать великим писателем, однако ему не писалось, и, как он сам однажды признался своему издателю, он подозревал, что проблема может заключаться в чудодейственном наркотике: «За последние шесть лет опиум превратил меня в одно сплошное молчаливое недоразумение»[318].

В конце 1810-х де Квинси решил, что он преодолеет творческий кризис, сосредоточившись на теме самого опиума, и напишет значительное произведение, в котором наркотик станет главным героем. Результатом его трудов стала книга «Исповеди англичанина, употребляющего опиум», вышедшая в 1821 году. Это отрывочные, эмоциональные, странные записки, которым, по его собственному признанию, недостает «порядка и связи», в которых намешаны сны, философские рассуждения, воспоминания, социальные наблюдения и (псевдо)медицинские сведения. Однако книга произвела фурор, вызывала практически всеобщее восхищение и разошлась несколькими тиражами. По сей день «Исповеди» остаются важной вехой[319] в истории литературы о зависимости: это первый художественный текст, посвященный употреблению наркотиков, и первый образец мемуаров наркозависимого.

Де Квинси указывал на опасности регулярного употребления: в главе «Пытки опиумом»[320] он описывает, что никак не мог остановиться и чувствовал, что угодил в ловушку «безотчетной тревоги и мрачной меланхолии». Впрочем, далее он утверждает, что сумел относительно легко отказаться от пагубной привычки, и в конечном счете «Исповеди» скорее прославляют опиум: эта книга – и любовное письмо, и полемика, и религиозный текст. Наркотик – не рабочий инструмент, но окно в трансцендентность. «Таково учение истинной церкви об опиуме», пишет де Квинси. По его словам, «употребляющий опиум… восходит к божественным вершинам своей души, где над безоблачной ясностью сознания сияет величественный разум».

В книге де Квинси описан особый вид употребления наркотиков: сегодня это называется рекреационным употреблением, а в те дни – «роскошью». Говоря современным сухим медицинским языком, речь шла о немедицинском использовании лекарственного препарата, и де Квинси осознавал его отличие от медицинского использования. Писатель яростно отвергал представление об опиуме как исключительно лекарственном средстве: все, что говорят о нем медики, – «ложь, ложь и еще раз ложь!»[321], а их самих де Квинси называет «злейшими врагами» божественных истин, которые открывает наркотик.

Рекреационное употребление, немедицинское употребление, злоупотребление – в истории зависимости немало ярлыков и эвфемизмов, которыми обозначали употребление наркотиков за пределами санкционированной медицинской сферы. Разделение на «медицинское» и «немедицинское» применение наркотических средств – это искусственно придуманная условность, поскольку целенаправленное использование интоксикации возникло задолго до современной медицины. Во многих культурах было принято употреблять дурманящие вещества для установления контакта с духовным миром: от галлюциногенов в церемониях майя и ацтеков до загадочного напитка под названием «сома», упомянутого в «Ригведе». Как трактовать эти случаи: как рекреационное или медицинское (в плане духовного исцеления) использование? Древние греки считали опьянение благотворной формой одержимости, а не просто физическим состоянием: с их точки зрения, спиртное влияло на мысли

и чувство, поскольку пьющий буквально сливался воедино с богом Дионисом, становится *entheos* – «в боге»[322]. Кроме того, разделение на медицинское и рекреационное использование требует более пристального изучения, так как оправдывает одни случаи употребления наркотиков и демонизирует другие, и уже во времена де Квинси наркозависимость среди привилегированных представителей общества воспринималась с бóльшим пониманием и сочувствием. Следствием этого разделения часто становится недооценка ущерба, причиняемого по обе стороны от разделительной черты.

В конечном счете трансцендентность, к которой стремился де Квинси, была не столько духовной, сколько творческой, и потому наиболее подходящим определением для его типа употребления стало бы, возможно, слово, которым описывали искусство Кольриджа и Вордсворта, а также называли движение, которое, по его собственному убеждению, спасло ему жизнь и принесло вдохновение, – романтическое.

Де Квинси был типичным гением, страдающим от зависимости, и представлял себя этаким Орфеем, спустившимся в ад собственной психики и вернувшимся обратно с некими особыми прозрениями о потустороннем мире. Этот сюжет был будто специально создан для романтической традиции – широкого течения, возникшего в европейской литературе в конце XVIII – середине XIX века. Представители романтизма бунтовали против науки, философии и рационалистического мировоззрения эпохи Просвещения и предпочитали ему воображение, субъективность и чувствительность[323]. Для романтиков характерна спонтанность, индивидуальность, сильные эмоции, они отдают приоритет личному, внутреннему опыту, который становится только ярче благодаря опиуму, – по крайней мере, так утверждал де Квинси. Опиум, производившийся главным образом в отдаленной британской колонии в Индии, стал идеальным воплощением для романтического увлечения Востоком – загадочным, сверхъестественным и зачастую неуловимо опасным источником новых впечатлений. Романтики стремились избавиться от дисциплины, навязанной Просвещением, и познавать тонкие эстетические переживания. Для де Квинси наркотик как раз и был источником такого эстетического опыта. Он видел в опиуме

способ стряхнуть с себя рамки рациональности[324] и погрузиться в непосредственное изучение внутреннего мира.

Список британских поэтов и писателей[325], имевших привычку к употреблению опиума, включает Элизабет Барретт Браунинг, сэра Вальтера Скотта, лорда Байрона, Джона Китса, Перси Биши Шелли, Бренуэлла Бронте и многих, многих других. Они вполне осознавали опасность опиума[326]. В 1868 году вышел роман «Лунный камень», в котором герой пишет: «Так как болезнь усиливалась, то я незаметно стал злоупотреблять опиумом»[327] (автор романа Уилки Коллинз сам был большим любителем опиума и повсюду носил с собой серебряную фляжку с настойкой лауданума). Однако единственным, кто мог сравниться с де Квинси в употреблении опиума, был сам Кольридж, чья ориенталистская поэма «Кубла Хан» родилась из опиумного сна после того, как он прочел о Шанду (или Ксанаду), где находился летний дворец монгольского императора. В поэме Кольриджа точно подмечена двойственная природа этого романтического наркотика – в ней боль и удовольствие представлены как одно целое, например в метафоре потока, впадающего в безжизненный океан[328]. Де Квинси в своих «Исповедях» тоже отражает неоднозначную природу опиума, в которой смешиваются радость и боль, называя опиум и «ключами от Рая», и источником «ужасающих страданий»[329]. Он персонифицирует опиум в образе зловещего малайца в тюрбане.

В этой персонификации опиума видна гениальность де Квинси. В его времена опиум был самым обычным товаром – его можно было приобрести в любой лавке. Чтобы описать его как экзотическое и опасное вещество, его сначала требовалось превратить в табу. Красочно описав чувственные удовольствия, источником которых является опиум, и придав ему человеческий облик азиатского «чужака», де Квинси буквально изобрел новый жанр немедицинского употребления наркотика: романтический, ассоциирующийся с роскошью и совершенно добровольный. Как пишет культуролог Майк Джей, он «убил двух зайцев сразу: дал отпор моралистам и мнению обывателей и одновременно порадовал элиту, открыв новый порок»[330]. Со временем такое романтическое употребление наркотиков стало не только средством поиска вдохновения, но и

характерной чертой контркультуры.

У де Квинси появилось множество подражателей, и, хотя он оправдывался, что «ни один человек не станет принимать опиум… из-за того, что он прочел в какой-то книге»[331], на самом деле многие молодые писатели последовали его примеру, и есть сведения как минимум об одном летальном исходе вследствие передозировки. (В 1842 году вышло эссе «Об американце, употреблявшем опиум», автор которого с грустью рассказывает, что принял наркотик из-за книги де Квинси, признавая, однако, что «последней частью, где говорится о несчастьях, которые влечет за собой употребление опиума, я отчего-то пренебрег»[332].) Употребление психоактивных веществ часто воспринимается как признак мужества и некое достижение[333]. Джек Лондон еще в молодости усвоил, что «кто умеет пить, тот мужчина», а главный герой книги Чарльза Джексона «Потерянные выходные», алкоголик, идеализирует «По и Китса, Байрона, Доусона, Чаттертона, этих талантливых, несчастных и безрассудных мужчин, которые так рано и так бесповоротно сгорели в пламени гениальности».

Но де Квинси вдохновил не только отдельных экспериментаторов. В бурлящей творческой среде Парижа 1840-х некоторые известные в наши дни писатели, в том числе Оноре де Бальзак, Виктор Гюго и Александр Дюма, начали устраивать необычные собрания в гостинице. Они встречались не для того, чтобы делиться новыми произведениями или слушать музыку, но чтобы пробовать новый наркотик с Востока – гашиш. Франция познакомилась с каннабисом еще в самом начале XIX века[334], когда войска Наполеона вернулись из Египта, и поначалу этот наркотик, как и опиум, использовался только в медицинских целях. Однако писатели-психонавты решили исследовать глубины собственного сознания. Они назвали себя *Club des Hashihins* – Клубом гашишистов, основываясь на легенде о мятежном ближневосточном военачальнике, который предположительно использовал гашиш, чтобы сделать из молодых мужчин убийц. Многие авторы тех лет впоследствии описывали свой опыт употребления наркотика, например Шарль Бодлер, который испытал особенно сильное влияние де Квинси. Бодлер пробовал и гашиш, и опиум, однако в сборнике статей «Искусственный рай», вышедшем в 1860 году, он описывает

только опыт употребления гашиша[335], а в той части книги, которая посвящена опиуму, помещает переводы фрагментов «Исповедей» де Квинси, утверждая, что тот уже сказал об этом наркотике все, что можно.

Если де Квинси воплотил в себе прототип страдающего, впавшего в зависимость гения, то Клуб гашишистов представлял собой новую богемную контркультуру, которая в течение нескольких последующих десятилетий задавала тон в употреблении наркотиков, установив взаимосвязь между наркотиками и искусством. Позднее группа писателей, именовавших себя Декадентами[336], довела Бодлера до крайности, открыто романтизируя и поощряя употребление морфия. Наследие Клуба гашишистов воплотилось также в парижских салонах начала XX века, где курили опиум Сальвадор Дали, Жан Кокто и Пабло Пикассо; гарлемских «чайных», где в 1920-х люди собирались, чтобы покурить коноплю; джазовых тусовках середины XX века, плотно сидевших на героине, и многих других творческих объединениях, в где было принято употреблять наркотики[337].

Некоторые из самых знаменитых произведений искусства были созданы под влиянием зависимости. Фильмы Кокто, бесчисленные джазовые композиции, творчество таких групп, как *Sex Pistols* и *Nirvana*, картины Джексона Поллока и Жана-Мишеля Баския, выступления Ричарда Прайора. Но почему возникает такая связь между искусством и зависимостью? Первое и самое очевидное объяснение заключается в том, что опьянение преследует определенную цель: таким образом творческие люди пытаются успокоить ум и добраться до внутреннего источника вдохновения. Однако употребление наркотиков и даже зависимость могут выполнять и социальную задачу. Как сказал однажды философ Оуэн Фланаган, зависимость – «не просто режим и дозировка употребления какого-либо вещества»[338], она часто становится личностью и стилем жизни, «глубинной» самоидентификацией, вплетенной в ткань жизни человека. Ред Родни позже сказал, что популярность героина среди джазовых музыкантов[339] «была визитной карточкой, которая отличала нас от всего остального мира». Употребление наркотиков в силу своей трансгрессивности означает принадлежность к некой общности.

Важно не путать употребление наркотиков и наркозависимость, и есть большое искушение представить себе, что наши творческие гении получили на этом больше, чем потеряли, что зависимость дала им доступ к каким-то особым откровениям. Употребление наркотиков действительно может приводить к откровениям, а вот зависимость – едва ли. Даже Уильям Берроуз предостерегал[340] от идеи, что зависимость подстегивает воображение и вдохновение: он подчеркивал, что в этом де Квинси ошибался. Это предостережение было основано не только на личном опыте самого Берроуза, но и на жизни де Квинси.

После раздела «Пытки опиумом» де Квинси тем не менее заканчивает произведение на оптимистичной ноте. Он утверждает, что ему удалось самостоятельно и без труда уменьшить дозу, а потом отказаться от опиума вовсе. На самом деле он так и не перестал употреблять лауданум, а остаток своей беспорядочной жизни провел на грани разорения. Один из его биографов[341] пишет прямо: «В последние десятилетия своей жизни он тратил на опиум по 150 фунтов в год (при общем доходе 250 фунтов), постоянно был в долгах, его преследовали кредиторы, он без конца менял имя и переезжал с места на место (сбегая из съемных комнат, когда там становилось тесно от книг и бумаг), одевался в обноски и работал босиком (один его друг описывает „армейский бушлат на четыре размера больше нужного, надетый на голое тело“), будучи совершенно не в состоянии содержать растущую семью, в которой было уже восемь детей и жена на грани самоубийства».

Он планировал написать третью часть «Исповедей», чтобы подробнее рассказать о своих проблемах, но так и не сделал этого. В конце концов его наследием стала лишь история зависимости нового типа: это был не классический предсказуемый нарратив о падении и возрождении, характерный для движения за умеренность, и даже не мрачный, внушающий трепет рассказ в духе Уитмена и По, но элитарное повествование, романтизирующее наркотик, – непростой, замкнутый, литературно одаренный, эрудированный и обладающий художественным вкусом персонаж в сказке для интеллектуалов, за которой не видно ужасающей реальности[342].

Ближе к концу обучения на медицинском факультете я начал пожинать плоды своих проблем с алкоголем. У меня тогда были первые серьезные отношения с девушкой, мы жили вместе, и каждый раз, когда я напивался, у нас случались ожесточенные, выматывающие, громкие ссоры. Она угрожала бросить меня, если я не приторможу, и говорила, что у меня определенно есть проблема, однако я только отмахивался от этого, списывая все на свою незрелость и последствия стресса.

В одну из таких ночей я, сам себе не веря, пересекал одну черту за другой: от ссоры к хамству, от хамства к откровенным оскорблениям. Подробностей я не помню – честно говоря, наши ссоры всегда проходили как в тумане, и наутро я часто просыпался, не помня, из-за чего мы вообще ругались. Но в ту ночь, когда я начал унижать ее и обзывать сукой, я отдавал себе отчет, что между нами все кончено.

Следующим утром я уехал на практику в больницу в Париже. Я был расстроен разрывом и чувствовал неуверенность. Моя девушка, теперь уже бывшая, была эрудированной, училась в аспирантуре и часто называла меня Маугли, потому что я практически ничего не знал, кроме того, чему учили в университете. В Париже я попытался забыться, с головой окунувшись в свои романтические фантазии о наркотиках, алкоголе и культурной жизни. Когда мы, четверо стажеров, впервые увидели нашего куратора, он стоял с сигаретой прямо около главного входа в больницу – жизнерадостный усатый француз в черной водолазке и белом плаще. Он велел нам не слишком заморачиваться по поводу работы и посоветовал несколько классных ресторанов. То что нужно!

Я целыми днями гулял по городу и заходил в каждый музей, галерею и оперный театр, что мне попадались. Я пил каждый день, причем начинал все раньше и раньше, прихлебывая ликер в течение вечера, а потом отправляясь на ужин, где аперитивы, вино и дижестивы были для меня главными блюдами. Иногда я намеренно вызывал рвоту, чтобы вывести спиртное из организма, вернуться в бар и выпить еще. К концу поездки я открыл для себя кокаин и был в восторге: хотя я употреблял его не так уж часто, мне нравилось его иметь, нравилось быть таким человеком, у которого он есть.

В то время мое пьянство и употребление наркотиков были вызваны не необходимостью снять стресс и даже не физической зависимостью.

Какая-то часть меня жадно стремилась получить новую идентичность. Я хватался за поверхностные признаки в надежде, что наркотики и алкоголь – это кратчайший путь к тому, чтобы стать культурным человеком. Но каждый мой шаг по городу сопровождался ожесточенным внутренним спором. Я разрушил отношения, длившиеся два года, хотя старался ради них так, как не старался никогда в жизни, и я знал, что алкоголь был одной из причин. Я был слаб, я не мог сдержать собственные обещания. Я был глуп, прикрывая недостаток культурного багажа и интеллектуального развития бурной активностью, коллекционированием трофеев, а теперь еще и пресными вечеринками. Большую часть времени эти представления дрейфовали где-то на периметре моего сознания, проявляя себя скорее как разъедающие, жгучие ощущения, нежели как конкретные мысли и идеи. Но они никогда не покидали меня. Я не находил себе места, не мог оставаться наедине с собой, и вскоре я каждый вечер заканчивал бутылкой дешевого вина, выпитой в одиночестве в своем гостиничном номере.

Я запал на одну из студенток, проходивших там стажировку. Поначалу все было хорошо, даже волшебно и романтично. Мы впервые поцеловались на берегу Сены, воды которой отражали лунный свет. Но потом все пошло наперекосяк, и это было мучительно во всех отношениях. Однажды вечером мы тусовались вместе, и я не удержался на ногах, стоя на эскалаторе в метро на ступеньку выше нее. Я обрушился на нее всем своим почти двухметровым и 90-килограммовым телом, мы несколько раз перекувыркнулись на эскалаторе, медленно и нелепо, как мягкие игрушки в барабане сушильной машины. Я попытался перевести все в шутку, но мы были покрыты синяками и ссадинами, и в глубине души я дрожал от ужаса.

К тому моменту я уже понимал, что мое пьянство – настоящая проблема, но, описывая это в своем дневнике, я пытался оправдать постоянное чувство тошноты и расстройство желудка слишком жирной пищей, а также придумывал сложные эвфемизмы для остальных замеченных мной симптомов: к примеру, изобрел формулировку «контрседативные эффекты при алкогольном рикошете», вместо того чтобы назвать своими словами тремор, возникающий на ранней стадии алкогольной абстиненции. Вернувшись в Нью-Йорк, я раздобыл контакты дилера кокаина, а

перед началом учебного года в интернатуре сделал большой заказ на элитный алкоголь для коктейлей, убедив себя, что, хоть я и не в Париже, я могу продолжить повышать свой культурный уровень, постигая искусство миксологии. Пьянство и наркотики казались мне коротким путем к фальшивой утонченности. Я не просто искал повод пить больше; я испытывал грустное и болезненное желание стать кем-то, кем я не был.

В начале 1850-х в Принстоне изучал медицину один молодой человек, который решил, что его образование будет более качественным, если он попробует все наркотики, о которых они читают. Фитц Хью Ладлоу был одаренным, но странным юношей, с ранних лет носил огромные очки и своими любимыми занятиями называл «книги, болезни и размышления»[343]. Когда он учился в колледже, его привлекла местная аптека, где за красными занавесками скрывалась небольшая библиотека, а воздух был пропитан резкими запахами лекарств, расставленных на дубовых полках. Он задался целью попробовать «каждый странный препарат и химическое вещество, которое можно произвести в лаборатории»[344].

В 1856 году в возрасте 20 лет Ладлоу опубликовал в журнале нечто вроде исповеди о новом открытом им наркотике, вызывающем «возвышенный восторг» и «сладострастный бред, от которого тело охватывал румянец пленительной истомы»[345]. Наркотик этот представлял собой производную от каннабиса, а именно гашиш, и вскоре за статьей последовала целая книга под названием «Гашишеед», в которой он описывает свои эксперименты языком выспренной прозы. (В оригинале книга называется «The Hasheesh Eater», другими словами, «Пожиратель гашиша», и это может указывать как на то, что наркотик принимается через рот, так и на то, что речь идет о непреодолимой привычке.) Ладлоу часто называют «де Квинси-младшим», поскольку он тоже романтизировал и эстетизировал употребление наркотиков, обещая, что каннабис «раскроет тайну… окутанных штормами вершин величия, что возвышаются над тропой истории Востока»[346].

Литературное творчество привело Ладлоу в богемную среду Нью-Йорка, и он стал постоянным автором крупнейших журналов того времени: *Harper's, Evening Post* и *The Atlantic Monthly.* Он даже был

одним из первых редакторов *Vanity Fair*. Но не прошло и десяти лет, как его проблемы с наркотиками стали очевидны.

В финале «Гашишееда» Ладлоу утверждает, что завязал с психоактивными веществами, но, как и в истории де Квинси, это было неправдой. Очень скоро он пристрастился к новому опиоидному препарату[347] – морфину, который он каждый день добавлял в свой виски. Однако, в отличие от де Квинси, Ладлоу описал ужасы опиоидной зависимости. В статье 1867 года он называет пристрастие к морфину «тяжелыми психическими оковами»[348], «духовным рабством» и предсказывает, что «человеку, который добровольно подвергнет себя этому, лучше перерезать себе горло – такой способ самоубийства будет быстрее и достойнее». Он ездил на другой край света в поисках лечения и в 1870 году опубликовал в *Harper's* радостное письмо, в котором утверждалось, что он отыскал способ вылечить опиоидную зависимость точно так же, как «любую другую хроническую болезнь»[349]. Но он выдавал желаемое за действительное. Он умер в том же 1870 году в возрасте 34 лет от хронического туберкулеза, отягощенного его многочисленными и длительными зависимостями.

Стремительно переключившись с фармакологического энтузиазма на алармизм, Ладлоу опередил свое время, но ненамного: его история предвосхитила первую американскую опиоидную эпидемию – массовый и пугающий всплеск проблем с наркотиками, предпосылки для которого накапливались несколько десятилетий.

Поначалу американцы относились к опиоидам свысока. В одной из ранних американских рецензий на «Исповеди» де Квинси, написанной в разгар движения за умеренность в 1824 году, с некоторым самодовольством говорилось, что добрые практичные американцы едва ли опустятся до недостойного употребления наркотика, описанного в книге: «Мы полагаем, что весьма немногие, а может быть, и вовсе никто в нашей стране позволят себе употреблять опиум в качестве роскоши и, судя по всему, нет большой опасности появления такого вида невоздержанности»[350].

Тем не менее в последующие годы американцы увлеклись наркотиками. Химики один за другим открывали новые их виды: очищенные, стандартизированные наркотики, которые легко было дозировать. Хлороформ и эфир произвели настоящую революцию в

стоматологии и хирургии. У каннабиса тоже был свой период медицинской славы. Но морфин оказался вне конкуренции[351]. До открытия аспирина и других нормальных обезболивающих оставалось еще не одно десятилетие, так что это надежное, безотказное и мощное болеутоляющее стало большим благом для всей медицины.

В конкурентной предпринимательской культуре Америки середины XIX века профессиональные врачи традиционной медицины вели войну против различных терапевтических контркультур вроде народной медицины и гомеопатии. И одним из инструментов превосходства[352] для них было развитие научной медицины и, в частности, разработка новых препаратов. Медицина переходила от холистического представления о недугах и гуморальной теории к категоризации болезней по биологическим причинам, и лечение таргетированными препаратами продвигалось как «более научное».

Серия жестоких эпидемий холеры и дизентерии с 1830-х по 1850-е годы только укрепила веру в опиоиды, которые помогали при желудочно-кишечных симптомах. Другим важным фактором, подхлестнувшим опиоидную эпидемию, стало изобретение шприца для подкожных инъекций. Его придумали в Великобритании[353] в 1840-х, а в США он впервые появился в 1853 году – к большой радости врачей, адептов медицинской науки. С помощью этого инструмента можно было вводить точно отмеренные дозы препарата непосредственно в организм и получать практически мгновенный и предсказуемый результат – лучшее воплощение идеала точности. Игла для подкожных инъекций выглядела профессионально[354] и внушительно, представляя собой разительный контраст с инструментами шарлатанов и травников. Шприц сам по себе еще не наркотик, однако он перевел морфин в новую, более мощную и быстродействующую форму, которая стала популярной благодаря научному дискурсу вокруг нее.

Изменения в силе воздействия или дозировке наркотика, а также новый метод его введения часто играют важную роль в развитии эпидемии или всплеске злоупотребления: вспомним широкую доступность более крепких спиртных напитков, спровоцировавшую джиноманию, или начало фабричного производства сигарет в конце XIX века. В 1996 году у компании Purdue Pharma закончился патент на *MS Contin* (морфин пролонгированного действия), и компания

выпустила на рынок *OxyContin*[355] – препарат с замедленным высвобождением недорогого и широко распространенного полусинтетического опиоида – оксикодона. Максимальная дозировка нового лекарства была высокой: до 80 и даже до 160 миллиграммов, гораздо выше, чем у любых конкурентов, например препаратов *Percodan* и *Percocet*. Так что в современной опиоидной эпидемии был виноват не только чересчур агрессивный маркетинг.

Шприц для подкожных инъекций раздул тлеющие угли проблем с морфином в бушующий пожар. В парижских больницах, где в то время учет пациентов велся лучше, чем в других местах, количество выписанных рецептов на морфин с 1855 по 1875 год увеличилось более чем в 36 раз: с 272 до 10 000 граммов в год. В США, по оценкам одного историка, количество людей с опиоидной зависимостью выросло в шесть раз[356] с 1842 года по 1890-е.

Гражданская война лишь усложнила ситуацию. Если считать в процентах от всего населения, в Гражданской войне погибло в три с лишним раза больше американцев, чем во Второй мировой, и в 13 раз больше, чем в Первой мировой. Морфин делал эту немыслимую катастрофу более терпимой – не только для солдат, но и для других жертв этого конфликта. Как говорилось в одной книге того времени, «искалеченные, разбитые, больные и увечные солдаты, пережившие сотню битв, освобожденные из плена, измученные и потерявшие надежду жены и матери, сломленные потерей самых дорогих им людей, находили утешение и временное облечение своих страданий в опиуме»[357].

Неудивительно, что долгие годы историки считали первую американскую опиоидную эпидемию последствием Гражданской войны – и потому, что она стала источником коллективной травмы, и потому, что военные врачи не стеснялись выписывать рецепты на опиум и морфин ветеранам боевых действий. Это объяснение было таким популярным и широко распространенным, что опиоидную зависимость называли «армейской болезнью»[358] либо «солдатской болезнью». Но, хоть война и внесла свой значительный вклад, есть свидетельства, что эпидемия зародилась еще до ее начала[359], и вслед за ней появилось представление о злоупотреблении опиумом как еще об одном виде невоздержанности.

Во-первых, у нас осталась книга Ладлоу, в которой он еще в 1857 году предупреждал, что «употребление опиума во всех странах есть огромное и продолжающее расти зло». И *New-York Daily Times*, и *Scientific American* в 1850-х публиковали предостережения[360] о взрывообразном росте употребления морфина, а в мае 1860 года бывший декан Гарвардской медицинской школы Оливер Уэнделл Холмс-старший переслал в Массачуссетское медицинское общество тревожное письмо. Один практикующий врач с запада написал Холмсу о пугающей новой тенденции: некоторые доктора выписывали пациентам так много опиоидов, что случилась вспышка злоупотребления; были заметны признаки «ужасной эндемической деморализации»[361] среди «опиумных пьяниц», шатающихся по улицам.

Призывы к осторожности участились в последующие годы. Новое эссе Ладлоу об опиоидах вышло в 1868 году в книге «Привычка к опиуму» («The Opium Habit»), представлявшей собой антологию из нескольких рассказов людей, которые «увлеклись» этой «пагубной привычкой»[362]. Эта антология стала одной из первых книг, которые привлекли серьезное внимание к проблеме опиоидной зависимости. Однако сами врачи, охваченные оптимизмом в отношении достижений науки и технологии, не могли резко сменить курс. Даже после того как широкая публика признала проблему, многие врачи все еще полагали (по крайней мере, на словах), что инъекции морфина совершенно безопасны[363] и только пероральный прием вызывает зависимость.

Все эти события укладываются в стандартную схему развития эпидемии: «медовый месяц» беззаботного некритического употребления[364], за которым позже следует обратная реакция. Нечто подобное происходило с «Оксиконтином» в 1990-х и 2000-х. В середине XIX века ту же историю мы наблюдали с кокаином, который тогда удалось выделить из растения коки в форме, удобной для употребления. Вскоре кокаин продавался повсеместно в различных популярных форматах – например, во Франции его можно было купить в виде «Вина Мариани», тонизирующего напитка, состоявшего из красного вина и кокаина. В США, где рынок медицинских препаратов не имел никакого регулирования, кокаин стал невероятно популярной добавкой к бодрящим «тоникам», противозастойным нюхательным

табакам и прочим повседневным товарам. Рецепт не требовался, однако кокаин широко применялся также в качестве лекарства, его охотно рекомендовали врачи и аптекари. Производители рекламировали свой продукт напрямую врачам, и его с большим энтузиазмом применяли для лечения всего, от сенной лихорадки до морфинизма – «медовый месяц» опиоидов закончился, и к 1880-м годам открылась большая зияющая ниша для препаратов[365], которые лечили бы опиоидную зависимость. Один врач из Кентукки с гордостью писал, что назначил пациентке 25 фунтов экстракта коки к приему на протяжении двух лет для решения проблем с морфином и алкоголем, и присовокупил к этому рассказ женщины, которая сообщила, что ей больше не хочется морфина, и попросила добавить в рецепт еще два фунта кокаина[366]. Похоже, это показалось ему удачной заменой. Впрочем, некоторые врачи всерьез заинтересовались проблемой зависимости.

Существовали богадельни, работные дома, церкви, приюты для умалишенных и тюрьмы, но на этом все: в середине XIX века возможности лечения алкогольной и наркотической зависимости были ограничены, тогда еще не существовало современных реабилитационных центров и специализированных клиник[367]. Впрочем, в заключении антологии «Привычка к опиуму» предлагался новый терапевтический подход к зависимости, подразумевавший открытие специального медицинского учреждения для лечения «опиумной болезни», и вскоре врачи ответили на этот призыв. Движение за умеренность не сумело перевоспитать невоздержанных пьяниц, Вашингтонское общество распалось, а законодательные запреты на алкоголь не мешали людям пить. Церковь, закон и ранние группы взаимопомощи не преуспели в решении проблемы. Настала очередь медицины, и, по мере того как росло влияние и авторитет профессиональных врачей, они начали обращать внимание на проблему, которую все чаще называли «нетрезвостью».

В 1870 году 14 врачей собрались в нью-йоркском отделении Ассоциации молодых христиан (YMCA), чтобы учредить новую организацию – Американскую ассоциацию по лечению нетрезвости (AACI)[368], первое медицинское общество, основанное на идее, что алкогольную и наркотическую зависимость следует лечить, как любое

другое заболевание. Движение за умеренность подарило этой ассоциации концепцию зависимости – нарратив о пьянице, знакомую всем историю о неотвратимой потере контроля в результате употребления спиртного, при которой может помочь только внешняя сила. И теперь медицина подхватила эстафету, чтобы распространить эту концепцию дальше и предложить себя в качестве этой внешней силы. В последующие годы массовое движение «борьбы с нетрезвостью» впервые публично признало зависимость болезнью в медицинском смысле. Бенджамин Раш, Томас Троттер и остальные заложили интеллектуальный фундамент, но лишь теперь медицинское сообщество полностью прониклось этой идеей. Новое движение горело оптимизмом и энтузиазмом. Их цель была отражена в названии ассоциации – лечение.

Начиная с 1870 года регулярно выходили статьи и трактаты против «порабощающих наркотиков», в которых зависимость все чаще обозначалась как медицинская проблема. В первых двух изданиях одного из главных медицинских трудов того времени, «Руководстве по подкожному введению препаратов» Бартолоу, вышедших в 1869 и 1873 годах, «морфинизму» уделялось не более двух страниц. В издании 1879 года этот раздел вырос до 18 страниц[369], и в нем буквально слово в слово повторялось предостережение Ладлоу, сделанное еще в 1857-м: «злоупотребление стало величайшим злом». В 1877 году немецкий врач Эдвард Левинштейн написал резонансную статью, в которой регулярное употребление морфина трактовалось как болезнь[370] и давалось первое подробное описание состояния, которое вызывало все большую озабоченность и называлось «морфинизмом», «морфийным бредом» и «морфийной напастью».

Возможностей лечения становилось все больше. В 1860-х энергичный, но высокомерный врач по имени Дж. Эдвард Тёрнер открыл Приют для нетрезвых штата Нью-Йорк[371]. Он располагался в роскошном неоготическом особняке в Бингемтоне, там имелись дорожки для игры в боулинг, оранжерея на 100 000 растений, «все принадлежности русской бани» и прочие удобства. Приют обслуживал в основном состоятельных пациентов, и, чтобы туда попасть, нужно было внести предоплату за три месяца лечения. Это было первое подобное учреждение в мире: медицинское заведение,

предназначенное исключительно для людей с наркотической и алкогольной зависимостью, – и другие заведения такого рода не заставили себя ждать. В течение десяти лет открылись еще шесть «приютов для нетрезвых», а к 1878 году уже работали или готовы были вскоре начать работу целых 32 заведения. Существовали также «вашингтонианские дома» (вдохновленные Вашингтонским обществом), которые сильно напоминали современные реабилитационные центры, – они отдавали предпочтение немедицинским способам реабилитации[372]: строгому режиму дня, дисциплине, нравственному и религиозному воспитанию и взаимной поддержке. Набирало популярность религиозное движение «евангелической умеренности» (Gospel Temperance) – народное христианское течение[373], проповедовавшее перевоспитание пьяниц с помощью программ временного жилья и клубов взаимопомощи, членство в которых обозначалось ленточкой. Все эти меры взаимопересекались[374]. И хотя многие непрофессиональные активисты работали в «домах», самые опытные из них иногда переходили в медицинские приюты, а те в свою очередь начали предлагать пациентам программы нравственного и религиозного обучения.

Однако, несмотря на всю эту бурную терапевтическую деятельность, в области царила жесткая конкуренция. Каждое учреждение позиционировало свою программу лечения как самую лучшую и стремилось получить поддержку своим теориям. Человеку, страдающему от зависимости, было сложно разобраться во всех этих конкурирующих предложениях. Неясно было, как относиться к проблеме, где получить помощь и как трактовать свое состояние с медицинской точки зрения. Впрочем, споры об этом ведутся до сих пор.

Мой новый пациент Крис осторожен, даже скрытен. По телефону он сказал только, что ему нужна помощь с проблемой зависимости и что дело не в наркотиках. На приеме он казался задумчивым и напряженным: долговязый парень, который очень тщательно подбирал слова и, похоже, боролся с желанием сбежать подальше, поскольку все-таки хотел получить помощь.

Постепенно, слово за слово, он описал суть своей проблемы: порнография. Недавно у него состоялась помолвка, он беспокоился о сексуальных отношениях со своей невестой, но, что бы ни происходило, каждый день он смотрел порно в интернете. Это весьма деликатная тема для обсуждения, особенно между двумя мужчинами, сидящими в небольшом кабинете в центре Бруклина, так что я его не торопил. Иногда рассказ о зависимости – это скорее исповедь, нежели сбор анамнеза, и я пытался дать ему понять, что я его не осуждаю, зная, что это само по себе может помочь.

Дальше – больше. Выяснилось, что Крису уже не хватает его личной коллекции порно и того, что могут предложить известные порносайты. Его тянет на что-то новое, и хотя он пытается противостоять этим импульсам, нередко он переходит черту и просматривает полуподпольные онлайн-форумы в поисках любительского порно, которое привлекает его своей новизной и аутентичностью. Сам по себе поиск опьяняет, и порой он отнимает по несколько часов в день. Это небезопасно: хотя он не интересуется порноместью или какой-либо незаконной продукцией, иногда он случайно натыкается на всякие «ужасы». Кровь и пытки, зоофилия, детское порно. По его словам, он вовсе не это ищет, и я ему верю. Эти бесконечные циклы поиска, в которых он неизбежно сталкивается с этими сюжетами, его выматывают. Это словно зависимость внутри зависимости: тяга к порнографии, отнимающая кучу времени, плюс непреодолимое желание получить больше, как в лотерее.

Он пытался устанавливать на компьютер блокирующие программы, прятать свои гаджеты в кухонный сейф с таймером, чего только не пробовал, чтобы не дать себе в очередной раз перейти черту. Но так и не смог остановиться. Однажды он заказал в Интернете недорогой ноутбук с доставкой в тот же день, воспользовался им для поиска порно, потом сломал и выбросил в мусорку.

Он не знает, что делать, что с ним не так, он даже не понимает, является ли его проблема зависимостью.

В современном медицинском дискурсе понятие «зависимость» подразумевает употребление психоактивных веществ[375], и лишь недавно медицинское сообщество стало рассматривать вопрос о том, могут ли поведенческие зависимости – от еды, секса, спорта, видеоигр

и в принципе интернета – считаться зависимостями в полном смысле. Только в 2013 году редакторы Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам переименовали «патологическую игроманию» в «расстройство игрового поведения», которое поместили в один раздел с зависимостями от психоактивных веществ. Скептики считают, что мы видим слишком много патологий в повседневной жизни; бывший редактор руководства полагает, что поведенческие зависимости не следует относить к психическим расстройствам «только потому, что нам нравится это делать и не хватает этого, когда мы прекращаем»[376].

В этих дискуссиях часто упускают из виду то, что эти зависимости появились не вчера, что происходит переоценка прежних взглядов на зависимость, начавшаяся еще в конце XIX века, когда развивалось лечение «нетрезвости». Возникшее тогда движение широко раскинуло свои сети[377], и под понятие «нетрезвости» стал подпадать широкий спектр поведенческих проблем, включая регулярное употребление множества веществ – не только опиоидов, кокаина, алкоголя, чая, кофе, конопли и табака, но и разных продуктов, которые сегодня считаются полезными, например цикория и зеленого салата (который, как считалось, обладал успокаивающими свойствами). Авторы часто ссылались на аддиктивные свойства тех или иных продуктов[378], и в журнале *The Journal of Inebriety*, главном печатном издании Американской ассоциации по лечению нетрезвости, слово «аддикция» было впервые использовано по отношению к шоколаду[379].

Теоретики медицины все больше склонялись к трактовке поведенческих проблем как болезней по мере того, как возрастал их интерес к старой идее «частичного безумия» – явления, которым очень интересовался Бенджамин Раш, писавший в своих последних книгах, что патологическую лживость, склонность к воровству или употреблению алкоголя можно классифицировать как «болезни воли»[380]. Появилась волна публикаций о страсти к азартным играм как медицинской проблеме[381], а также ряд литературных и иных произведений о том, что мы сегодня называем игроманией: «Игрок» Ф. М. Достоевского вышел в 1866 году, а в 1890 году П. И. Чайковский написал оперу «Пиковая дама» по мотивам одноименной повести А. С. Пушкина. Некоторые виды сексуального поведения тоже

патологизировались[382], что нашло свое отражение в вышедшем в 1886 году труде австро-германского психиатра Рихарда фон Крафт-Эбинга «Сексуальная психопатия»[383], или *Psychopathia Sexualis*.

На фоне столь бурного научного развития движение против нетрезвости омрачалось борьбой[384] за философию и методы лечения. Никакой общепринятой теории и однозначного объяснения еще не существовало, и в этой области спекуляций и личных соображений было больше, чем организованных попыток помочь и подобрать эффективное лечение. Довольно быстро все заметили связь между «прогрессом» медицины и эпидемией морфиновой и кокаиновой зависимости.

В примечании к своим «Исповедям» де Квинси похвалился, что лишь один человек превзошел его в употреблении опиума, намекая, вероятно, на своего кумира, Кольриджа. Тот и в самом деле испытывал серьезные проблемы с опиумом[385]: как-то раз он устроил акцию, поразительно напоминающую сегодняшние флешмобы активистов. Он заплатил человеку, чтобы тот ходил с ним по городу и запирал двери аптечных лавок. В отличие от де Квинси, Кольридж считал свою проблему заболеванием, подлежащим медицинскому лечению, и одновременно следствием неосторожных назначений врача. Он жаловался, что его «соблазнили этой ПРОКЛЯТОЙ привычкой без его ведома»[386]. Сегодня мы называем зависимость, возникшую вследствие самого лечения, ятрогенной. Существуют истинные жертвы ятрогенной зависимости – пациенты, которым врачи чересчур легко выписывали рецепты в последнюю опиоидную эпидемию, однако гораздо чаще понятие ятрогенной зависимости используется в качестве удобного и убедительного оправдания для употребления наркотиков в высших слоях общества.

Во время опиоидной эпидемии конца XIX века теоретики медицины и популярные писатели забили тревогу по поводу ятрогенной зависимости. Одним из самых известных текстов об опиоидной зависимости стали мемуары Уильяма Россера Кобба «Доктор Иуда», вышедшие в 1895 году. В них описана «медицинская беспечность» и небрежность по отношению к опиуму – начиная с того, что в детстве ему давали опиумные таблетки, чтобы успокоить его, и заканчивая

рецептами на морфин, который ему прописывали, когда он вырос, что ввергло его в «девятилетнее рабство»[387]. По мере того как распространялось употребление кокаина, критики стали обвинять безответственных врачей[388], которые распространяли наркотик еще худший, чем морфин. Из раза в раз в их обвинениях повторялась идея о том, что пристрастившиеся к веществу представители среднего и высшего класса были невинными жертвами нового наркотика, а кроме того – происходящих в обществе масштабных перемен.

Индустриализация быстро набирала темпы[389]: производство стали в США превысило объемы Великобритании и Германии, вместе взятых, протяженность железных дорог выросла с 35 000 до 200 000 миль, телеграф и телефон – не говоря уже о повсеместной электрификации – тоже переживали бурное развитие. Города как минимум удвоились в размерах, а недавно возникший средний класс вовсю трудился в конторах и на заводах. По мнению некоторых врачей, специализировавшихся на зависимости, весь этот мнимый прогресс лишь усугублял медицинскую проблему.

Наблюдая за тенденциями развития, Джордж Миллер Бирд, сооснователь Американской ассоциации по лечению нетрезвости и один из самых известных в стране неврологов, разработал теорию «американской болезни», неврастении[390] – расстройства, вызванного усложнением современной жизни и поражающего в первую очередь представителей среднего и высшего классов. По мнению Бирда, переизбыток информации, «суматоха домашней жизни», необходимость работать в быстром темпе и обострившаяся конкуренция, а также постоянное давление прогресса перегружали мозг американцев и являлись глубинной причиной нетрезвости[391]. Он утверждал, что мозг женщин особенно уязвим, и это, по его мнению, объясняло тот факт, что женщины составляли большинство среди потребителей опиума – до 80 % «нетрезвой» популяции в отдельных городах. (Об этих женщинах можно прочесть в пьесе Юджина О’Нила «Долгий день уходит в ночь», основанной на истории его собственной матери[392], которой безответственно прописали морфин в 1888 году после тяжелых родов, что привело ее к зависимости.) Разумеется, этому есть и простое объяснение: женщины чаще мужчин обращались к врачам, а те охотно прописывали им препараты вроде опиума для

облегчения симптомов, однако представление о слабости женщин лучше вписывалось в социальную тревогу по поводу прогресса.

Еще одним свидетельством цены, которую приходилось платить за прогресс, стала эпидемия нетрезвости среди самих врачей, которые повально страдали от «великого зла» зависимости. (В то время это не было широко известным фактом, однако знаменитый хирург Уильям Халстед впал в зависимость от кокаина[393], а позднее от морфина в результате собственных экспериментов с наркотиками.) В 1883 году именитый американский врач по имени Дж. Б. Мэттисон объявил, что большинство людей, регулярно употребляющих морфин, составляют врачи, имеется также и другое свидетельство, что среди таких «зависимых» было до 90 % докторов[394]. Множились истории падения и гибели профессионалов:[395] так, один врач 10 раз проходил в клинике Кили лечение от алкоголизма и четырежды – от морфинизма, что, однако, не спасло его от срывов на кокаин, каннабис и прочие наркотики, которые можно было легко достать. Явный подтекст всех этих историй заключался в том, что наркотики сами по себе являлись опасным плодом индустриализации[396], темной стороной фаустовской сделки этой эпохи.

Страх перед наркотиками возникает в качестве реакции на истории, в которых наркотики угрожают нашим ценностям. Американские элиты долгое время ориентировались на идеалы самоопределения и самоконтроля, именно поэтому Бенджамин Раш и ему подобные так ненавидели пьянство. А теперь страну наводнили новые наркотики, которые в еще большей степени подрывали эти ценности, и все это сопровождалось кардинальными изменениями в повседневной жизни. Новая промышленная экономика задавала совершенно иную, более высокую планку самоконтроля и самодисциплины, которые были возведены в ранг высших добродетелей среднего класса. Американцы полагали, что морфин и кокаин помогут им справиться с новым индустриальным порядком, хотя на самом деле эти наркотики действовали во вред их ценностям[397].

Редукционистская концепция неврастении объясняла американцам среднего и высшего класса, что зависимость является неизбежным следствием общественных и технологических изменений. Тем не менее терапевтический подход к зависимости довольно быстро сошел

на нет. Движение против нетрезвости, перегруженное множеством разнообразных теорий и объяснений зависимости, а также склоками и конкуренцией, практически развалилось к концу столетия. В 1893 году один влиятельный член Американской ассоциации по лечению нетрезвости отметил, что из 50 лечебных учреждений, открывшихся на заре движения, остались только 30[398] и большинство дышат на ладан. Некоторые такие учреждения были запланированы, но не открыты, другие перепрофилировались в психиатрические больницы широкого профиля[399] еще до того, как выписали первых пациентов.

В то же время набирало обороты другое движение – борьба с пороками[400], массовая общественная кампания против широкого спектра социальных проблем, как то: проституция, заболевания, передающиеся половым путем, сквернословие, порнография, преступность, азартные игры, коррупция и, конечно же, немедицинское употребление алкоголя и наркотиков. По мнению сторонников этого движения, ответом на кризис индустриализации должно было быть не лечение, а ограничения и наказания. Поборники нравственности не скрывали своего отношения к зависимости, о чем говорит прямолинейное название вышедшей в 1882 году книги «Пьянство – порок, а не болезнь»[401]. Терапевтический подход был всем любезен, пока нетрезвость оставалась проблемой привилегированного класса, однако теперь она распространилась там, где ей были совсем не рады, и закономерной реакцией на это стал прогибиционизм.

Шесть. Наркоманы

В 1839 году несколько рабочих в китайском городе Гуанчжоу получили странное задание: доставить опиум в центр города, чтобы там его уничтожить. Гуанчжоу был важным портом рядом с дельтой реки Чжуцзян, удаленным от Южно-Китайского моря более чем на 90 миль, и он находился в эпицентре напряженного торгового конфликта: британцы пытались вынудить Китай открыть рынок для импорта опиума, а китайские власти стремились этого не допустить. Напряжение росло, и в конце концов китайским властям удалось конфисковать весь ненавистный иностранный наркотик, от которого они теперь планировали избавиться. Рабочие несли полные корзины опиума к глубоким траншеям, защищенным бамбуковым частоколом и набросанными сверху досками. Каждый день они осторожно выходили на эти доски, дробили опиумные шарики на куски и сбрасывали их в воду внизу. Сверху засыпали солью и известняком, а рабочие внизу смешивали все это с морской водой, превращая в кашу, которую затем смывали в воду. Это заняло много недель, в течение которых были уничтожены миллионы фунтов конфискованного опиума[402].

В том же году два огромных британских военных корабля открыли огонь по китайским военным джонкам – три потопили, а две разнесли в щепки, продемонстрировав тем самым, что Великобритания готова использовать всю свою военную мощь, чтобы добиться своего. В последовавших за этим опиумных войнах неизбирательные бомбардировки унесли жизни тысяч китайских солдат и гражданских жителей. Китай вынужден был капитулировать и выплатить Великобритании огромную компенсацию. Это ввергло страну в нищету и политическую смуту[403], которые привели Китай на край гибели. Работы не было. Еды не было. Миллионы китайцев голодали.

Разрушительные последствия опиумных войн XIX века стали одним из взаимосвязанных факторов, обусловивших массовую эмиграцию китайцев в США. К остальным факторам относятся крестьянское восстание, стремительная инфляция и давление Запада на китайское правительство, в результате которого была смягчена эмиграционная политика. Китайские рабочие отправлялись за границу в поисках

возможностей. В особенности их привлекал американский Запад, где царила золотая лихорадка. И хотя формально многие из этих первопроходцев были свободны, значительное их количество приезжало в США, будучи обремененными кабальными контрактами, которые фактически делали их рабами. Откликнувшиеся на повышенный спрос на рабочую силу китайские эмигранты тысячами умирали в нелегком пути до Америки. Добравшись до места, китайцы образовывали в населенных пунктах – от захолустных шахтерских городков до крупных мегаполисов – собственные районы, чайна-тауны[404], а порой и вовсе не могли селиться за их пределами.

Типичный китайский работник был одиноким и скучающим молодым мужчиной, трудящимся на неквалифицированной, низкооплачиваемой и опасной работе: рытье шахт, преобразовании земель под нужды сельского хозяйстве, строительство первой трансконтинентальной железной дороги в США и Канаде. Курение опиума стало популярным досугом для этих несчастных мигрантов, проживавших в чайна-таунах. Это помогало им держаться на плаву[405] (а кроме того, было выгодно их работодателям, поскольку опиум, во-первых, делал их спокойными, а во-вторых, на него спускалась вся зарплата, тем самым лишая их возможности расплатиться с долгами и разорвать кабальный контракт). Не все они страдали зависимостью. Однако, по мере того как росли антииммигрантские настроения[406] в обществе, особенно после серьезного экономического кризиса 1870-х, чайна-тауны в целом и опиумные притоны в частности стали главным источником беспокойства: одни из-за конкуренции на рынке труда, другие из-за опасностей употребления наркотиков. Парадоксальным образом китайские мигранты, приехавшие в Америку вследствие опиумных войн на родине, сами стали источником страха перед наркотиками.

В конце XIX века нетрезвость перестала быть болезнью привилегированного класса. В обществе зародилось внушающее тревогу и в конечном счете гораздо более живучее представление о том, что люди (*не те* люди), употребляющие наркотики, опасны, так как порождают эпидемии и разрушают общество. Современный мир способствовал столкновению народов и культур, в результате чего расизм и национализм порождали сильные страхи, которые усугублялись, смешиваясь со стереотипами о зависимости.

Очень часто главным препятствием, которое мешает нам с состраданием относиться к зависимости, называют стигматизацию[407]: именно из-за нее до сих пор существует основанная на сегрегации и неполноценная система лечения и мы по-прежнему неспособны справиться с опиоидной эпидемией, которая длится уже не первое десятилетие. Эта стигматизация чаще всего относится не к самим наркотикам, а к людям, их употребляющим. Особенно заметно это было во время моральной паники, охватившей страну в конце XIX века. Именно тогда и зародилось большинство предрассудков, которые живы по сей день. Стереотипы о порочных и морально разложившихся наркоманах легли в основу стигматизации наркотиков и тех, кто их употребляет: этих людей считают опасными, ленивыми, заразными и безнадежными больными, которые стали такими по собственному выбору.

Существует корреляция между историей представлений о зависимости и историей наркополитики: доминирующее отношение к зависимости часто отражается в политических решениях по поводу наркотиков. Эти тренды тесно, даже неразрывно связаны, особенно в нынешнюю эпоху. Страх перед наркотиками, зародившийся в конце XIX века, достиг своей кульминации в общенациональной системе запретов и привел к разделению наркотиков на плохие и хорошие, которое действует по сей день.

В китайских диаспорах то, что мы называем опиумными «притонами», скорее напоминало социальные клубы[408], где посетители занимались курением опиума и другими развлечениями, например азартными играми. Однако существовали и совсем дешевые притоны, которые обслуживали небогатый рабочий класс, и именно они сформировали первые стереотипы о курении опиума и послужили поводом для антикитайских настроений. Самые отважные из журналистов проникали в эти притоны и возвращались оттуда с рассказами[409] о китайцах, валяющихся на грязных кроватях или в неубранных комнатах, о том, что опиум либо уничтожил их, либо превратил в исчадия ада, либо и то и другое, – как бы то ни было, чем дальше, тем больше в опиуме видели корень всего зла и пороков, предположительно сосредоточенных в чайна-таунах. Эти удручающие описания перекликались с растущей неприязнью к китайцам в США.

Журналисты и политики описывали китайцев как вторженцев, которые отнимают у местных работу и обезображивают города в условиях быстро меняющейся экономики и городской среды. Стереотипы об опиумных притонах и самом опиуме воплощали в себе страх перед этой заразой: это были пугающие, экзотические места, полные неприятных и опасных персонажей, употребляющих наркотик, который мог заразить все остальное общество. По всему Западу прокатилась волна бунтов: толпы протестующих сжигали чайна-тауны дотла и не гнушались убийствами. Китайцы, сидящие в опиумных притонах, вскоре стали типичными отрицательными персонажами бульварных романов и желтой прессы. (В этих произведениях им приписывалась особая склонность к соблазнению и похищению белых женщин.)

Английское общество переживало аналогичную панику в последние десятилетия XIX века. Неоконченный роман Диккенса «Тайна Эдвина Друда», написанный в 1870 году, положил начало мелодраматическим описаниям того, как опиум захватывает, соблазняет и разрушает общества белых людей. В романе Диккенса хормейстер Джон Джаспер под воздействием китайского опиума превращается в отвратительного, похотливого и готового даже на убийство наркомана[410]. (В самой первой сцене мы читаем, как он выбирается из опиумного притона.) Мысль была очевидна: даже респектабельные представители среднего класса подвержены этой заразе.

Однако нигде страх перед опиумом не был так силен, как в США, где последние годы XIX века ознаменовали приход эры прогресса. Социальные реформаторы с растущим усердием вели борьбу против таких пороков[411], как азартные игры, проституция, венерические заболевания, преступность и, конечно, употребление алкоголя и наркотиков. Эти новые крестоносцы, поборники морали, реагировали на реальные проблемы, возникшие вследствие индустриализации и урбанизации. В частности, в движении против алкоголизма, которое теперь требовало введения полноценного сухого закона, ведущую роль во многих случаях играли женщины, испытавшие на своем опыте травмы, насилие и брошенность. Нередко это движение соединялось с антикапитализмом, направленным против производителей алкоголя. Как бы то ни было, чем дальше, тем больше эти активисты склонялись

к необходимости полного и строжайшего запрета алкоголя и наркотиков.

За аргументами в поддержку прогибиционизма реформаторы часто обращались к медицине. Примерно в то же время начала активно развиваться микробиология, показавшая людям скрытый мир, лежащий в основе не исследованных ранее заболеваний. В 1882 году немецкий микробиолог Роберт Кох открыл, что туберкулез – инфекционная болезнь, а не наследственная, как считалось ранее, а 20 лет спустя другие исследователи открыли бактерию *Treponema palladium*, возбудителя сифилиса, который иногда называли «великим имитатором» за его способность вызывать обширные симптомы в самых различных органах человеческого тела. Однако здравоохранительные меры, последовавшие за этими открытиями, были окрашены морализмом. Поскольку сифилис ассоциировался с сексом и низшими классами, он особенно волновал воображение поборников нравственности, которые проводили четкое различие между виновными и невинными жертвами болезни: секс-работницы, порицаемые источники распространения инфекции, подлежали изоляции и наказанию, тогда как жены, заразившиеся сифилисом, считались пострадавшими и получали лечение. (По-видимому, никто не интересовался, откуда сифилис взялся у мужей.) Реформаторы эры прогресса делили бедняков на «достойных» и «недостойных»[412]: вдовам и сиротам оказывалась благотворительная помощь, а предположительно «недостойные», как считалось, сами были виноваты в своем положении. К этой категории были отнесены и потребители наркотиков, а то, что наркотики ассоциировались с китайскими иммигрантами, лишь усиливало осуждение.

Ширилась пропасть между «правильными» и «неправильными» наркоманами – то есть теми, кто употреблял в медицинских и рекреационных целях. Употребление опиоидов белым населением расценивалось как медицинская проблема, их считали случайными жертвами ятрогенной зависимости, возникшей в результате некомпетентности врачей и их халатности, тогда как употребление опиума китайцами воспринималось в более негативном ключе, скорее как социальная проблема. Эти представления легли в основу американского стереотипа, согласно которому немедицинское

употребление наркотиков было опасным, заразным и разлагающим занятием[413]. Журналисты порицали курение опиума[414] и изобличали его связь с китайскими иммигрантами, называя его «азиатским пороком», «от природы присущим характеру китайцев». В отличие от морфина, который предназначался для использования в медицине, курение опиума считалось слабостью и потаканием низменным желаниям, хотя по сути они представляли собой две разные формы одного и того же наркотика[415]. (Также следует принять во внимание, что медицинские показания для назначения морфина в то время включали в себя бессонницу, тревожность, переутомление на работе, мастурбацию и «женские недомогания».) Оценочные суждения влияли также и на подходы к лечению зависимости: пациентам, пристрастившимся к инъекциям морфина или другим опиоидным препаратам, часто диагностировали болезнь «нетрезвости» и относились к ним с заботой и состраданием, а вот курение опиума врачи и прочая заинтересованная публика считали бессмысленным пороком[416], которому курильщики предаются добровольно и, следовательно, заслуживают осуждения. На уровне городов был принят целый ряд запретительных законов – не против опиума как такового, но против опиумных притонов. Импорт опиума для курения был полностью запрещен[417] в 1909 году, и этот закон стал первым федеральным запретом, направленным против конкретного вещества.

Одна и та же история повторялась снова и снова. На американском Юге, в оживленных портах побережья Мексиканского залива недавно получившие свободу темнокожие американцы, тяжело трудившиеся на самых черных работах, одними из первых открыли для себя бодрящие свойства кокаина. Он распространился среди докеров Нового Орлеана[418], от них перекинулся на рабочих железной дороги, чистильщиков обуви, портье, коридорных и прочих представителей сферы услуг. Так сформировался миф о «неграх, порабощенных кокаином».

И хотя в то время большинство людей считали кокаин относительно безобидным наркотиком[419] вроде чая или кофе, все изменилось, когда речь зашла о чернокожих. Один фармацевт, выступавший перед Палатой представителей, заявил, что кокаин сообщает чернокожим

физическую силу[420], моральную слабость, временное помутнение рассудка, манию величия, уверенность в себе и склонность к насилию. Для расизма характерно представление, что на разные организмы наркотики влияют по-разному: вспомним миф об «огненной воде» и ее воздействии на коренных американцев. В данном случае «особое воздействие» кокаина на чернокожих апеллировало к самым глубоким страхам белых американцев. СМИ рисовали истерические картины оргий и убийств с участием «накокаиненных» чернокожих. Некий чиновник однажды сказал: «Н _ _ _ а под кокаином убить непросто»[421]. Из-за распространения слухов о том, что кокаин делает чернокожих неуязвимыми для пуль 32-го калибра, многие отделения полиции перешли на специальные патроны 38-го калибра[422], и этот стандарт сохранился на многие десятилетия.

История кокаина заслуживает особенного внимания потому, что, в отличие от курительного опиума, кокаин был широко распространен в народных массах. Куда ни кинь, повсюду люди употребляли его, чтобы притупить боль от тяжелого труда: и грузчики Юга, и шахтеры Запада, и рабочие текстильных фабрик Северо-Востока. В действительности кокаин получил такое распространение в первую очередь потому, что его массово производили и продвигали первые фармацевтические компании[423] в качестве местного анестетика и универсального препарата. Однако в эпоху Джима Кроу истории о неадекватных наркоманах усиливали расистские стереотипы о том, что чернокожие склонны к насилию и сексуально озабоченны, а также дискриминирующую идею о том, что они особенно уязвимы для кокаина.

На американском Юге в конце XIX века движение за регулирование оборота наркотиков было тесно связано с мерами по контролю над чернокожими. Города принимали постановления по ограничению продажи кокаина, а полиция устраивала облавы на чернокожих наркоманов. В это же время увеличивалась численность полиции, росли тюрьмы и закреплялась в умах ассоциация черного цвета кожи с преступностью. С 1880 по 1910 год количество заключенных на Юге росло в десять раз быстрее[424], чем численность населения, – в первую очередь за счет повальных арестов чернокожих. Опасность, которую якобы представляли черные мужчины, была главным

аргументом за ограничение продаж кокаина: глава детективного отдела полиции Мемфиса утверждал, что воздействие кокаина «гораздо сильнее воздействия виски», и описывал «дикое безумие»[425], которое вызывает этот наркотик. Подобные истории активно способствовали стигматизации кокаина: в 1910 году президент Уильям Тафт объявил Конгрессу, что кокаин – самый ужасный наркотик[426], с котором страна когда-либо сталкивалась.

Аналогичные предрассудки сформировали негативный стереотип о героиновых наркоманах. Промышленное производство героина[427] начала компания Bayer в 1898 году, и тогда он позиционировался как безопасная современная альтернатива морфину. Однако эти обещания очень быстро доказали свою несостоятельность, в городах начало распространяться немедицинское употребление препарата, а поскольку местные ограничения делали другие наркотики, например кокаин, труднодоступными, врачи и активисты получили возможность наблюдать новых, героиновых наркоманов. Типичным героиновым наркоманом[428] того времени был подросток из бедной семьи, часто из иммигрантов, необразованный, жадный и бесстыжий, часто объединяющийся с себе подобными в опасные уличные банды, которые стали побочным эффектом урбанизации.

Расистские и классовые стереотипы увеличивали пропасть между «правильным» и «неправильным» употреблением наркотиков, то есть медицинским и немедицинским. Запреты, которые касались только второго, усугубляли ситуацию, подобно самоисполняющемуся пророчеству. В ответ на растущий страх перед наркотиками поставщики ужесточали контроль над распространением наркотических препаратов, что толкало людей из низших слоев общества к подпольным рынкам в криминализированных «цветных» кварталах, куда власти загоняли все пороки, против которых вели борьбу: азартные игры, проституцию, салуны и прочий нелегальный бизнес. Наркотические препараты всегда были более доступны для представителей того класса, который имел возможность посещать врачей в силу обеспеченности, тогда как городская беднота приобретала их у уличных «толкачей»[429].

Примечательно, что именно в то время слово «аддикция» впервые получило широкое распространение, причем за ним закрепились

расистские коннотации[430]. По сей день белых людей называют «нетипичными наркоманами», жертвами коварных наркотиков[431], которые распространились в белых кварталах или сельских районах, а в рассказах о судьбах футбольных капитанов или девочек-чирлидеров постоянно повторяется один и тот же вопрос, как будто это какая-то мистика: «Почему это происходит с ними?»

В конце XIX века, когда страх перед наркотиками был в самом разгаре, выходило множество популярных мемуаров, репортажей и реальных историй жизни наркоманов с душераздирающими рассказами[432] о том, как наркотики превращают респектабельных представителей среднего класса в опустившихся прощелыг. В 1881 году один опиумный наркоман сказал врачу: «Поразительно, что из-за наркотиков лучших людей выставляют каким-то злодеями». Зависимость в ее тогдашнем понимании была страшной угрозой для американского представления о респектабельности. И чем дальше, тем больше полный запрет казался единственно возможными решением.

В тот год, когда я учился в интернатуре, в нью-йоркских таблоидах появилась ядовитая статья об одном из наших постоянных пациентов. Франциско – седовласый бездомный доминиканец, который подметал тротуар перед винным магазином за небольшую плату, а потом проводил остаток дня, распивая дешевое пойло на углу. Почти каждый день – иногда по пять-шесть раз в неделю – он звонил в 911 и жаловался на боли в груди, за ним приезжала скорая и отвозила его в больницу, где он мог отоспаться. В статье его назвали «бездельником», который «паразитирует на системе здравоохранения», и подсчитали, что он обходится системе в сотни тысяч долларов в год.

Мы пересылали друг другу эту статью и обсуждали, как печально, что его выставили каким-то злостным мошенником, который обманывает систему. Никто в здравом уме не выбрал бы такую жизнь между состоянием тяжелейшего похмелья или бессознательного опьянения, когда поспать можно или на улице, или сидя на стуле в ярко освещенном приемном покое скорой. Вслух я говорил с коллегами-интернами о том, что демонизация бедняги никак не поможет. Но в глубине души мне было совершенно наплевать.

Когда я только поступил в интернатуру, я считал этот опыт огромной привилегией. Каждый день, сидя в электричке по дороге в пригород, я

склонялся над медицинскими журналами и клиническими рекомендациями в стремлении помочь своим пациентам. Я считал себя одним из хороших врачей, неравнодушных и более внимательных к системным проблемам медицины. Во время учебы в университете я помогал открыть бесплатную клинику для бездомных и проводил семинар о социальных предпосылках к тому, что бездомные существуют. Однако в мясорубке интернатуры, когда мое собственное пьянство увлекало меня по наклонной, а казавшиеся неразрешимыми проблемы нависали надо мной тяжелой тучей, я начал терять надежду. Диабетическая гангрена нижних конечностей. Закупорка сердечных артерий из-за неправильного питания. Разорванные пищеводы, коллапс поджелудочных, абстинентные синдромы такой силы, что от них можно умереть. Люди выписывались и продолжали в том же духе: поглощали нездоровую пищу, упивались до полусмерти. Эти проблемы не имели решения, я не мог никого спасти. Я просто хотел, чтобы все это закончилось. Я бросил читать. Я перестал вовлекаться. Я даже перестал приходить на работу вовремя.

Отчасти это было выгорание: экзистенциальный страх и моральные страдания, которые приносило участие в работе неэффективной медицинской системы, плюс банальное переутомление от долгих месяцев напряженного графика и безумных 24-часовых смен. Но отчасти дело было в моем пьянстве, и мне стало страшно.

Я все чаще опаздывал на смены. Я просыпался среди дня в похмелье, поскольку мне названивали обеспокоенные коллеги и спрашивали, почему я не пришел на дежурство. Я кубарем скатывался вниз, брал такси, закидывал в рот жвачку и заливал в себя побольше воды, надеясь, что никто не унюхает, как от меня разит перегаром.

Я кое-как добрался до второго года, когда начиналась настоящая психиатрическая ординатура. С общей медицинской практикой наконец-то было покончено, и я мог заняться тем, что меня действительно интересовало. Я сказал себе, что разберусь со своими проблемами. И я действительно на это рассчитывал. Однако в первый же день я проспал установочное совещание и проснулся с пульсирующей головной болью от того, что солнечный свет нахально бил в окно. Вскочив с кровати, я обнаружил на телефоне множество пропущенных звонков, а рядом грустно пиликал пейджер с кучей обеспокоенных сообщений.

Несколько дней спустя старший ординатор отвел меня в сторонку в коридоре и сделал предупреждение. Все заметили мои постоянные опоздания и пропуски. Он велел мне взять себя в руки, потому что, если я не стану надежнее, на меня обратят «самое пристальное внимание». Я попытался отшутиться и свалить все на дурацкое расписание метро – возможно, не стоило селиться так близко к центру, ха-ха-ха. Он невозмутимо посмотрел на меня и ответил, что я теперь врач, так что нужно приходить пораньше, а потом велел приступать к работе. Когда он оставил меня в покое, я пообещал себе, что буду стараться лучше, но в то же время мне было тревожно: а вдруг я безнадежен и у меня ничего не выйдет?

В июле 1989 года жительница Флориды по имени Дженнифер Джонсон создала юридический прецедент, оказавшись первой женщиной, осужденной за то, что она давала наркотики собственным детям[433]. Суть обвинения сводилась к тому, что в первые несколько минут после рождения сына и дочери мать передавала им кокаин через пуповину. Джонсон, ранее не судимая и обращавшаяся во время беременностей за помощью для лечения крэковой зависимости, была приговорена к году домашнего ареста и 14 годам условно.

В США бушевала шумиха по поводу «крэковых младенцев» – детей, которые, согласно спорным научным исследованиям, рождались с тяжелыми эмоциональными, психическими и физическими нарушениями, так как подвергались воздействию крэк-кокаина в материнской утробе. В этот период более 200 женщин по всей стране – большинство из них чернокожие – были осуждены за различные преступления, связанные с употреблением наркотиков во время беременности. Позднее исследования показали, что ярлык «крэковые младенцы» слишком упрощал проблему, не учитывая прочих факторов, связанных с бедностью: отсутствие жилья, медицинских услуг, плохое питание, насилие и травмы, которые вносили значительный вклад в вышеупомянутые нарушения. Однако истории «крэковых младенцев» служили прекрасным подкреплением крэковой паники, а кроме того, всколыхнули старые страхи о том, что употребление наркотиков может испортить наследственность и, говоря словами одного журналиста, создать «биологический низший класс,

поколение физически ущербных кокаиновых детей, чья неполноценность предопределена еще до рождения»[434].

Эти страхи достигли апогея за 100 лет до этого, когда в исследованиях зависимости доминировала идея «дегенерации» – возникшее в XIX веке представление о том, что пороки вроде пьянства могут вызвать безумие у следующих поколений. Активисты были убеждены, что женщины, поддавшиеся нетрезвости, приносят в мир множество «умственно неполноценных детей»[435], которые со временем превратятся в «армию преступников, пьяниц и сумасшедших». Сам Фрэнсис Гальтон, автор термина «евгеника», предупреждал, что «жидкости в теле хронического пьяницы и все его выделения заражены алкоголем, следовательно, нерожденный ребенок такой женщины тоже будет хроническим пьяницей»[436]. К моменту наступления эры прогресса эта идея уже устарела с научной точки зрения, однако ее редукционистская суть хорошо сочеталась с предрассудками новой эпохи. И пока общество безуспешно боролось с проблемой зависимости, активисты и врачи приходили к выводу, что решения не существует.

Теория дегенерации рисовала страшную картину биологических корней порока. Она утверждала, что многие пороки отпечатываются на биологии человека и передаются следующим поколениям[437], запуская зловещий процесс вырождения. В свое время эта идея пользовалась большим влиянием. Эмиль Золя написал цикл из 20 романов, «Ругон-Маккары», в котором он описывает, как желания и пороки членов одной семьи приводят на протяжении нескольких поколений к разврату, инцесту, убийствам и безумию. Та же тема прослеживается в «Привидениях» Ибсена и «Тэсс из рода д’Эрбервиллей» Томаса Харди. В 1897 году вышел роман Брэма Стокера «Дракула», где тоже эксплуатируется тема дегенерации и модная в то время евгеника: так, с помощью идей криминалиста Чезаре Ломброзо объясняется, что отсутствие у Дракулы полноценного человеческого мозга предопределяет его склонность к преступному поведению[438]. В идее дегенерации выражались также националистские и расистские предрассудки об угрозе всей цивилизации. Любопытно, что среди прочего вампир Дракула является иммигрантом из Трансильвании, который паразитирует на английском обществе и распространяет

проклятие бессмертия. (Аналогичным образом в нескольких местах книги Р. Л. Стивенсона «Странная история доктора Джекила и мистера Хайда» поведение Хайда описывается как «обезьянье»[439].) Борцы с пороками описывали пугающий замкнутый круг, который с неизбежностью должен был привести к закату цивилизации: пороки приводят к вырождению[440], вырождение влечет за собой еще худшие пороки, в том числе преступность, безумие, гомосексуальность и, разумеется, проблемы с алкоголем и опиоидами.

Результатом этой демонизации, а также очевидной неспособности медицины решить проблему зависимости стал растущий пессимизм. В самом конце XIX века, несмотря на все усилия Американской ассоциации по лечению нетрезвости, медицина не смогла найти адекватного решения, и рынок был переполнен мошенническими предложениями «чудодейственных программ». Их авторы сколотили состояния, однако в действительности терапевтический подход не смог искоренить порок. Оптимизм движения за трезвость угас – ассоциация даже убрала слово «лечение» из своего названия, – и многие врачи, специализировавшиеся на этой проблеме, решили отказаться от терапевтического подхода в пользу прогибиционизма. Один из членов ассоциации, обеспокоенный непрерывным потоком поступавшего в страну опиума, спросил, не пора ли «возвести какую-нибудь стену… вокруг нашего осажденного города, которая сможет лучше защитить нас от этих злостных захватчиков, которые год за годом прибывают к нашим берегам с плодородных земель Востока?»[441]

Клиники по лечению нетрезвости превратились в приюты, где изолировались совсем безнадежные больные. Некоторые врачи агитировали за создание «нетрезвых колоний», где людей можно было содержать сколько угодно[442], даже до конца жизни, чтобы не подвергать риску будущие поколения. Евгеническая наука подталкивала и к следующему шагу: наряду с десятками тысяч людей, страдающих нарушениями психики и интеллекта, были стерилизованы многие люди с зависимостью[443]. В отсутствие удовлетворительного медицинского объяснения и эффективного лечения единственным адекватным решением казался полный запрет.

В августе 1902 года епископ Чарльз Брент, позднее названный «одним из самых отважных и доблестных проповедников Христа, которых знал этот мир», прибыл в Манилу в качестве первого представителя американской церковной миссии на Филиппинах. Обнаружив, что острова погрязли в опиуме, он был потрясен. Более 50 лет Испании удавалось держать опиум более или менее под контролем с помощью государственной монополии на продажу, однако в процессе борьбы за эти территории во время Испано-американской войны США развязали здесь многолетнюю партизанскую войну. В воцарившемся хаосе на острова хлынули поставки опиума. Распространившееся в результате употребление опиума было, по мнению Брента, страшной угрозой для душ его новой паствы.

Новый генерал-губернатор Филиппин (и будущий президент США) Уильям Говард Тафт стремился восстановить государственную монополию на продажу опиума, чтобы сделать поставки регулярными и контролируемыми, однако Брент и другие религиозные лидеры пришли в ужас. Брент пересек Тихий океан для того, чтобы распространять западные ценности и бороться с пороками, а не чтобы способствовать продаже порабощающего яда: из всех пороков Брент считал опиум «величайшим злом для филиппинского общества»[444]. Поэтому Брент и его соратники воспротивились инициативе Тафта. Правительство уступило им и запретило опиум совершенно. Так началось международное движение за полный запрет наркотиков.

Брент сам взялся за решение «проблемы наркотика» и в 1909-м стал председателем опиумного симпозиума[445] в Шанхае – первой международной конференции, посвященной борьбе против наркотиков. С ним приехал врач по имени Гамильтон Райт, и вместе они выступили перед аудиторией сначала в Шанхае, а затем в Гааге, обрисовав взгляды своих единомышленников на зависимость: наркотики сильны, автоматически вызывают привыкание, они есть великое зло, и единственной разумной мерой борьбы с ними является полный запрет. (Один наблюдатель описывал американцев как «прямолинейных, бескомпромиссных идеалистов, не пользовавшихся популярностью»[446].) Другие страны оказались не готовы занять такую же позицию, однако Райт вернулся домой, чтобы лоббировать принятие антинаркотических законов у себя на родине[447].

Райт был энергичным, идейным человеком, совершенно не обремененным внутренней потребностью придерживаться фактов. Он с готовностью прибегал к тактике запугивания на расовой почве, к примеру преувеличивая опасность чернокожих потребителей кокаина для белых женщин, – чтобы привлечь на свою сторону законодателей. Он весьма вольно обращался со статистикой и завышал данные по употреблению наркотиков представителями низших классов и криминальных кругов, утверждая, что доля наркоманов среди американских китайцев составляет 25 %, а за ними с небольшим отрывом следуют «несчастные женщины и их нахлебники»[448] – 22 %. В хвалебной статье, вышедшей в 1911 году в *The New York Times* (Райт в ней описан как «искренний, энергичный, нервный и харизматичный человек»), приводится его заявление, что «из всех народов мира американцы потребляют больше всего вызывающих зависимость наркотиков на душу населения», в особенности опиума, «самого губительного наркотика, известного человечеству»[449]. «ДЯДЯ СЭМ – ХУДШИЙ НАРКОМАН В МИРЕ», – гласил заголовок.

Подтасованная статистика Райта противоречила данным, которые получали добросовестные исследователи, но с политической точки зрения его действия были весьма эффективны: Райт на много поколений вперед задал тон и направление антинаркотической государственной стратегии. Несмотря на дружное противодействие фармацевтических компаний, которым был гораздо выгоднее свободный рынок препаратов, Райт постепенно добился консенсуса в отношении полного запрета наркотиков. Кое-кто сомневался, что следует позволять федеральным законам так глубоко вмешиваться в медицинскую практику – как правило, такие вещи оставляли на усмотрение отдельных штатов, – однако истории о нищих черных наркоманах как-то утихомирили тревогу по поводу конституционности запрета на федеральном уровне. И вот, спустя много лет неустанного труда Райта, в 1914 году Конгресс принял закон, известный как закон Гаррисона о налоге на распространение наркотиков.

Этот закон оказался не так-то прост. Он представлял собой косвенную форму запрета: он не запрещал наркотики напрямую, но налагал определенные ограничения на производство, импорт и продажу опиоидов и кокаина (которые обозначались термином «наркотики»). Все, кто продавал эти препараты, обязаны были

зарегистрироваться и заплатить налог, поэтому хранение их без регистрации, а для обычных пациентов – без рецепта становилось потенциально наказуемым деянием. С юридической стороны это был довольно сомнительный шаг: использовать власть казначейства как рычаг для криминализации хранения наркотиков[450]. Еще более сомнительным – и неясным – было значение этого закона для медицинской практики.

Цзинь Фуэй Мой был персонажем малоприятным, особенно учитывая расовые предрассудки того времени. Он стал одним из первых американцев китайского происхождения, окончивших медицинскую школу. Его несколько раз арестовывали – сначала за побег с несовершеннолетней белой девушкой, потом за контрабанду китайских рабочих в США[451]. Потом Мой промышлял тем, что выписывал рецепты на морфин наркоманам, и его медицинская практика была, мягко говоря, сомнительной. После поверхностного осмотра – и это в лучшем случае – он выписывал огромные дозы морфина[452] (до 28 грамм за раз при стандартной начальной дозе около 15 миллиграмм) и брал с пациентов оплату не за визит, а за количество наркотика в рецепте.

Несмотря на очевидные вопросы к подобной практике, было не вполне понятно, в каком пункте это противоречит закону Гаррисона о рецептах на опиоиды. Технически закон не запрещал врачам выписывать рецепты[453] «исключительно в рамках своих профессиональных обязанностей», и многие врачи продолжали выписывать рецепты людям с зависимостью[454] – будь то безнравственные эскулапы, которые буквально продавали опиоиды на вес, или сознательные медицинские работники, которые вписывали в рецепт тщательно выверенные дозы. Федеральные прокуроры, поддерживавшие запрет, не делали различия между этими практиками и составили подзаконные акты и правила, согласно которым выдача рецептов на опиоиды людям с зависимостью являлась незаконной, если только эти рецепты не являлись частью схемы по постепенному сведению принимаемой дозы к нулю. Аргументы их исходили из ответа на вопрос о том, является ли зависимость болезнью, и, с их точки зрения ответ был отрицательным, а следовательно, прописывать

опиоиды людям с зависимостью не являлось законной медицинской практикой. Эта поразительная интерпретация превратила закон, направленный на регулирование распространения препаратов, в полный запрет на выдачу рецептов зависимым людям, независимо от мнения и аргументов врачей. Врачам больше не разрешалось формировать свое профессиональное мнение, а представителям медицинской профессии было отказано в праве решать, что является болезнью. Федеральные прокуроры стригли всех под одну гребенку и выдвигали обвинения против огромного числа врачей и пациентов. Многие пытались оправдаться, но, даже когда врачи выигрывали дело, шумиха камня на камне не оставляла от их карьеры.

Первым врачом, чье дело дошло до Верховного суда, стал как раз Цзинь Фуэй Мой. Прокуроры преследовали как его самого, так и одного из его пациентов, усмотрев состав преступления и в хранении наркотика[455]. Однако они потерпели неудачу: суд пришел к выводу, что Конгресс не наделял прокуроров столь широкими полномочиями, и в 1916 году оба подсудимых были оправданы.

На следующий год, когда США вступили в Первую мировую войну, агрессивный национализм и нетерпимость к порокам достигли кульминации, и кампании за полный запрет развернулись с новой силой. Их возглавляла так называемая Антисалунная лига – движение еще более воинственное, чем Женский христианский союз за трезвость. Новое движение больше прежнего было сосредоточено на идее, что алкоголь является порабощающим ядом и его действие подобно «вторжению неразвитых чужеземных народов»[456]. (Американцы немецкого происхождения, раньше составлявшие мощную силу, противостоявшую введению сухого закона, практически вышли из игры.) В сущности, антииммигрантские и расистские настроения всегда были главной движущей силой движения за трезвость, начиная с неприязни к католикам в 1840-х и стереотипов о вечно пьяных ирландцах[457] и заканчивая более общей ксенофобией и национализмом конца XIX века и связями активистов начала XX века с Ку-клукс-кланом[458].

Вслед за войной в 1918 году пришла эпидемия испанки. Пока коварная болезнь охватывала города один за другим[459], власти говорили народу не беспокоиться, однако люди видели, как их друзья и

родные умирают страшной смертью. Это было тяжелое для Америки время. В конце войны американцев сильно напугал успех революции в России, и в США началась борьба с «красной угрозой»: список опасных меньшинств пополнился большевиками и анархистами. Употребление наркотиков, которое уже ассоциировалось с вырождением и пороком, стало еще более неприемлемым, и даже сухой закон, прежде не пользовавшийся особой поддержкой, стал казаться вполне осуществимым[460].

К 1919 году условия для этого были созданы. Штаты ратифицировали поправку к конституции, запрещающую производство, перевозку и продажу алкоголя по всей стране, а правительстве передало функции контроля за оборотом наркотиков новому и очень богатому ведомству – отделу по контролю наркотиков в рамках специально учрежденного подразделения по соблюдению запрета[461]. Кроме того, США удалось наконец-то распространить идею международного запрета на наркотики и заключить ряд соответствующих соглашений[462] – точно так же, как ранее они инициировали международное движение за умеренность и отказ от алкоголя. Парочка прецедентных дел о выдаче рецептов на опиоиды людям с зависимостью дошла до Верховного суда. Всего три года спустя после того, как суд рассматривал дело «США против Цзинь Фуэй Моя» другой состав присяжных проголосовал 5:4 против выдачи опиоидов зависимым пациентам. В деле «Уэбб и др. против США» большинством голосов было решено, что выдача рецепта на морфин не ради «попытки излечить привычку»[463], а только лишь для «поддержания регулярного употребления» настолько противоречит идее медицинской помощи, что «это даже не подлежит обсуждению». В постановлении, занимавшем неполные три страницы, сфера действия закона Гаррисона была значительно расширена, а целая область медицинской практики была фактически объявлена нелегальной. Цзинь Фуэй Мой, который продолжал выписывать рецепты направо и налево, в 1920 году снова предстал перед Верховным судом, на этот раз проиграл дело и получил два года тюрьмы[464].

Наступила эпоха сухого закона. Был ли этот опыт удачным? Некоторые люди называют американский эксперимент по полному

запрету алкоголя успешным, поскольку он *вроде бы* уменьшил уровень потребления и количество обращений за медицинской помощью, связанных с алкоголем. В последующие годы значительно снизилась заболеваемость циррозом и другими болезнями печени, но следует ли полностью приписывать это действию сухого закона – вопрос спорный, поскольку тенденция к уменьшению пьянства наметилась еще до его введения. Кроме того, сухой закон привел к росту числа запоев и травм, связанных с употреблением нелегального алкоголя, в том числе отравлений из-за добавок, которые присутствовали в составе спиртосодержащих промышленных жидкостей. Но и за пределами медицины сухой закон обошелся стране очень дорого[465]. Насилие и преступность резко выросли. Правоприменительная практика, связанная с тотальным запретом, была жесткой и несправедливой. Люди перестали уважать закон. Даже преподобный Брент начал испытывать сомнения[466], и позднее он говорил, что полный запрет на алкоголь едва ли был мудрым решением.

Цена запрета на наркотики тоже была высока. Процветал черный рынок: бескрайние маковые поля заколосились на северо-западе Мексики[467] в 1920-х. Накануне вступления в силу закона Гаррисона потребители в панике кинулись закупаться наркотиками. В крупных городах уличные цены на опиоиды достигли заоблачных высот. Из-за перебоев с поставками распространители поощряли клиентов прибегать к более сильнодействующим формам[468] – например, к внутривенному введению. Активисты называют этот эффект «железным законом прогибиционизма»[469]: чем жестче запреты, тем больше люди тяготеют к сильнодействующим формам наркотиков. Примеров не счесть. На заре нынешней опиоидной эпидемии затруднение доступа к рецептам на опиоиды подталкивало людей к употреблению героина, а когда правоохранительные органы перекрыли и этот канал, народ переключился на еще более мощный и гораздо более опасный фентанил[470], с поставкой которого не было особых проблем.

Помимо сиюминутных последствий запрета на наркотики, закон Гаррисона вводил совершенно новое и доселе не существовавшее подразделение психоактивных препаратов на два типа с юридической точки зрения. Это подразделение отражало, подчеркивало и усиливало

расистскую идею о том, что существуют «правильные» и «неправильные» потребители, поскольку подразумевало существование «правильных» и «неправильных» веществ. Закон запрещал употребление «наркотиков» (то есть немедицинских опиоидных препаратов, а также кокаина, которые ассоциировались с национальными меньшинствами и беднотой), однако позволял работать регулируемому рынку «лекарств» (то есть препаратов, которые ассоциировались с белыми представителями среднего класса). Этому разделению еще предстояло сыграть немаловажную роль, а тем временем ключевым оставался вопрос, кто может получить доступ к употреблению наркотических препаратов.

Наступили 1920-е, а вопрос о том, законно ли выписывать опиоиды людям с зависимостью, до сих пор не был решен. Технически эта практика была запрещена, однако врачи, настроенные на терапевтический подход к зависимости, надеялись, что организованное и санкционированное государством «поддерживающее лечение»[471] должно занять ее место. Служба общественного здравоохранения США их поддержала, и вскоре в больших и малых городах по всему Восточному побережью открылось около дюжины «наркоклиник»[472], которые выдавали опиоиды зависимым людям. Это вызвало серьезную ответную реакцию[473]: в журналах печатались душераздирающие репортажи о том, что вокруг этих клиник образуются целые анклавы порока, по прилегающим к ним улицам бродят наркоторговцы, а пациенты употребляют выданные препараты в ближайшем парке. В Нью-Йорке около клиники образовывалась длинная очередь, и на пациентов часто обрушивалась волна негатива[474] через громкоговорители проезжавших мимо туристических автобусов. Чиновники из наркоконтроля донимали клиники[475] постоянными проверками, юридическими придирками и прямыми угрозами, и далеко не все сумели выстоять. (Что означало проблемы для городских наркоманов, но никак не сказалось на белых представителях среднего класса, которые жили в пригородах, где процветал серый рынок морфина[476].) Фактически это привело к провалу лечения зависимости на базе местных общин в США. С 1910 по 1938 год против 25 000 врачей были зарегистрированы жалобы[477], 2000 заплатили

значительные штрафы, 3000 отправились в тюрьмы – и далеко не все они были безнравственными «барыгами».

Постоянная угроза со стороны правоохранительных органов создала в медицинской среде лечения зависимости атмосферу взаимного недоверия, которая сохраняется по сей день. Выдача зависимым пациентами рецептов на опиоды, к примеру бупренорфина или метадона, расценивается как «поддержание» их зависимости, а не лечение. Врачи, выписывающие такие рецепты, становятся объектом пристального внимания и дополнительных проверок со стороны правоохранительных органов. Разумеется, выдача рецептов на любые психоактивные вещества – например, бензодиазепины вроде «Ксанакса» или стимуляторы типа «Аддералла», – подвержена внешнему регулированию, однако опиоиды до сих пор стоят особняком.

В начале 1920-х, несмотря на все усилия прокуроров – сторонников прогибиционизма, юридический статус лечения зависимости так и оставался неясным. В одном процессе 1922 года Верховный суд постановил, что «поддерживающее» лечение зависимости с применением высоких доз[478] очевидно противозаконно, поскольку полагаться на «ослабленную и искаженную» волю самого пациента в вопросах употребления лекарства – значит потакать «удовлетворению болезненной тяги к этому губительному препарату». Однако в 1925 году в деле «Линдер против США» суд постановил, что выдавать пациенту с зависимостью «умеренное количество» препарата с целью облегчить симптомы зависимости[479] вполне приемлемо, если это происходит в рамках регулируемой и ответственной медицинской практики. Это было очень важное судебное решение, которое многие годы намеренно оставляли без внимания. На самом деле выдача рецептов на опиоиды людям с зависимостью не была незаконной, хотя прокуроры вели себя так, как будто была, навязывая свою точку зрения с помощью дезинформации и грубой силы.

Медики могли бы и усерднее бороться за поддерживающее лечение и в принципе за терапевтический подход к зависимости, однако сами врачи постепенно склонялись к более жесткому взгляду на проблему. Они долго не могли прийти к единодушию: еще в 1876 году Американская медицинская ассоциация приняла резолюцию, согласно которой нетрезвость являлась одновременно заболеванием и пороком,

а опрос, проведенный в 1919 году Министерством финансов, показал, что врачи разделились по этому вопросу на две равные группы: одна половина считала, что зависимость – «болезнь», а другая – что это «порок»[480]. И даже те, кто непосредственно занимался лечением зависимости, не имели единого мнения по поводу того, допустимо ли бессрочное поддерживающее лечение. Однако в 1920 году Американская медицинская ассоциация все же сделала выбор в пользу «порока» и выступила против поддерживающего лечения. К концу 1920-х ассоциация стала публиковать имена врачей, осужденных за то, что предоставляли такую услугу своим пациентам. Комитет по наркотическим препаратам AMA выпустил отчет, в котором эта практика «решительно осуждалась», а в последовавшей за ним статье, которая прямо-таки истекает ядом и сарказмом, один из членов этого комитета утверждает, что «поверхностная отговорка[481], что наркозависимость – это „болезнь“, которую специалисты могут „лечить“, просто поставляя своим жертвам тот самый наркотик, который вызвал их физическое и моральное разложение… распространялась самозваными „специалистами“ во многих томах „научной литературы“».

В медицинских взглядах на проблему зависимости отсутствовало единство, и чересчур упрощенные объяснения скорее вредили, нежели помогали. В 1928 году вышел всеобъемлющий обзор теорий опиоидной зависимости – «Проблема опиума» (The Opium Problem), в котором были проанализированы 4000 разных исследований, объяснявших зависимость чем угодно, от гормональных отклонений, физиологических и психоаналитических теорий до неких «кристаллов в крови». Как говорили сами авторы обзора, в вопросе понимания зависимости имел место «хаос противоречивых мнений»[482].

В отсутствие консенсуса на предназначенном для него месте возникла жестокая стигма. Главенствовавшая в то время позиция была выражена в опубликованном в 1928 году бестселлере «Кайф. История живого мертвеца» («Dope: The Story of the Living Dead»), который представлял наркозависимость как «изнуряющую, мерзкую, отвратительную и жестокую болезнь», а людей с зависимостью – как «переносчиков»[483] этой болезни, которая «хуже оспы и ужаснее проказы». Такая риторика странным образом перекликается[484] со

странной речью против пьянства, произнесенной еще в 1832 году: «Он бродит повсюду, как переносчик нравственной моровой язвы, с каждым вздохом распространяя вокруг себя заразу. Он ходячая чума, живой мертвец. Он обречен на ад». Столетие спустя это нелестное представление о наркозависимых стало общепринятым, и даже сегодня, почти два века спустя, в любой момент можно столкнуться с похожими высказываниями. В данном случае слово «стигма» кажется недостаточно сильным, гораздо лучше подошло бы слово «репрессия»[485].

К концу эры прогресса и пришедшего вместе с ней сухого закона повсеместно распространилось крайне негативное представление о потребителях наркотиков, и общество не испытывало никакого сочувствия к зависимым. Их считали «дьяволами», «злодеями», «бичом общества», «чумой», а еще недолюдьми, заразными, одержимыми[486], и все якобы по собственной воле. Как в наши дни появляются репортажи о наркоманах, которые обчищают заброшенные стройки[487], чтобы раздобыть денег на наркотики, так и в 1920-х писали о том, что они роются на городских свалках в поисках металлолома, который продают на черном рынке ради поддержания своей дурной привычки. Их называли словом *junkmen* (которое позже сократилось до *junkies*) от слова *junk* – «мусор», и, как любое прозвище, которому удалось прилипнуть, этот ярлык работал сразу на многих уровнях, говоря не только об их образе жизни, но и о том, как смотрели на них благополучные американцы – как на человеческий мусор.

Мы были так близки к сострадательному, терапевтическому подходу к зависимости, однако в тот момент он был утрачен, и вернуться к нему удалось лишь спустя много десятилетий.

Часть III. Зависимость и современность

Семь. Современное антиалкогольное движение

1936 год. Огромный роскошный лайнер «Куин Мэри» пришвартовался в нью-йоркском порту, и сотни элегантно одетых пассажиров устремились на берег. В толпе встречающих были мать и сестра Марти Мэнн: они тянули шеи, высматривая Марти и гадая, как их блестящая дебютантка могла измениться за шесть лет в Европе, где она общалась с такими важными личностями, как Вирджиния Вулф и другие члены группы Блумсбери.

Поток пассажиров почти иссяк. Где же она? Наконец наверху трапа появились несколько матросов. Они тащили носилки – на них без чувств лежала женщина, от которой разило алкоголем. Это и была Марти.

Ее мать и сестра не знали, что Марти пришлось занять денег, чтобы купить билет до дома. Некогда она была успешным рекламным агентом, блестящей светской львицей, но теперь ее пьянство вышло из-под контроля. Она дважды предпринимала попытки самоубийства. Она собиралась не пить на борту, чтобы сойти на родную землю в трезвом уме и наконец вернуть себе свою жизнь, однако к тому времени, когда на горизонте показалась земля, Марти уже лежала в отключке в корабельном баре, изысканно оформленном в стиле ар-деко.

Мать немедленно нашла для нее клинику, и следующие несколько лет жизни Мэнн провела, задаваясь вопросом: что же со мной не так? [488]

Она обивала пороги психиатров, посетила не меньше шести врачей, однако большинство психоаналитиков того времени не считали зависимость подходящим объектом для психиатрического лечения, и никто не хотел за нее браться. Вскоре она лишилась дома и спала где придется, перебиваясь от бутылки к бутылке, от отключки к отключке и без каких бы то ни было перспектив.

Вообразите весь ужас положения алкоголика в 1930-х: он понимает, что что-то не так, но не понимает, что именно. Его окружает масса теорий, объяснений и методов лечения, ни один из которых толком не работает. Он охвачен смятением и отчаянием. Это были темные

времена для пациентов с зависимостью, и атмосфера пессимизма прекрасно схвачена в фильме 1937 года «Звезда родилась». Алкоголизм главного героя Нормана Майна – все равно что смертный приговор, он заставляет его утопиться в Тихом океане, чтобы освободить от бремени свою жену.

В конце концов благодаря помощи влиятельных друзей, Мэнн удалось попасть в неврологическое отделение больницы «Белвью», а затем пробиться пациентом в рамках благотворительной бесплатной программы в Блайтвуд – высококлассную психиатрическую лечебницу, занимавшую поместье площадью 50 акров в Коннектикуте. Мэнн плотно занялась психотерапией – ежедневно у нее были часовые сеансы с ее психиатром Гарри Тибо, но и это не особенно помогало. На выходные ее отпускали в город, и каждый раз она уезжала с твердой решимостью придерживаться своего обета трезвости. Порой у нее случалось несколько успешных выходов подряд, однако через некоторое время она все равно возвращалась в лечебницу пьяной[489], пристыженной и обескураженной. Спустя несколько месяцев Гарри Тибо опустил руки: он сказал ей, что, если ничего не изменится, им придется ее выписать. Шел 1939 год.

Однажды Тибо, взбудораженный, позвал Мэнн к себе домой и показал ей предпечатный образец новой книги, написанной группой алкоголиков, которые основали собственную программу лечения: Анонимные Алкоголики. Перелистывая эти страницы, Мэнн ощутила проблеск надежды. У нее не вызвал доверия религиозный язык, которым была написана книга, однако группа обещала облегчение благодаря методике, которая вообще не была связана с медициной, и ей показалось, что это стоит попробовать. Тибо посадил ее на поезд, и она снова отправилась в Нью-Йорк. На этот раз Марти Мэнн испытывала осторожный оптимизм и гадала, что ждет ее на первом собрании.

В то время Анонимные Алкоголики представляли собой небольшую, разношерстную и очень неформальную компанию[490]. Вскоре им предстояло стать самым значительным и долгоживущим общественным движением в истории зависимости, привить свое понимание проблемы злоупотребления всей нации и, вероятно, получить больше авторитета, чем сама медицина.

Роль Маргарет Мэнн, Марти, в этой истории гораздо менее известна. Мэнн была прекрасным стратегом и гением пиара, и она сыграла ключевую роль в активизме антиалкогольного движения в середине XX века. Сегодня ее имя практически забыто, его не помнят даже самые преданные активисты AA, хотя она сделала для распространения движения не меньше, чем его основатель Билл Уилсон.

Билл Уилсон, который был наставником Мэнн, неразрывно связан с историей созданного им сообщества, ведь его собственная история составляет первую главу Библии Анонимных Алкоголиков – «Большой книги», той самой, которую Мэнн прочла в виде предпечатного образца. И именно в дом Уилсона в Бруклине Мэнн приехала тогда, в 1939 году.

До того как Уилсон бросил пить, на протяжении более десяти лет его дом в Бруклине представлял собой не столько убежище, столько полигон для борьбы с алкоголем. В эпоху сухого закона он делал вино из одуванчиков[491] в ванне на втором этаже, причем у него не хватало терпения дождаться, пока оно полностью перебродит, он напивался и жестоко болел. Он бессчетное количество раз обещал своей мученице-жене, что бросит, и даже писал свои клятвы на семейной Библии, но всегда рано или поздно нарушал их. Однажды Луис нашла его без сознания в холле, из раны на голове лилась кровь[492]. Позже, когда его проблемы с алкоголем усугубились и Билл начал страдать паранойей и суицидальными мыслями[493], Луис перетащила матрас в гостиную, расположенную на первом этаже, чтобы он мог спать там и не испытывал искушения выброситься из окна спальни.

Как и Мэнн, Уилсон долго ходил от врача к врачу, но не нашел облегчения – один просто посоветовал ему собрать волю в кулак[494] и отправил восвояси. Состоятельный брат Луис оплачивал его многочисленные госпитализации в клинике Чарльза Таунза[495] – солидном частном учреждении, расположенном в районе Сентрал-Парк-Вест, где обеспеченные алкоголики проходили «детоксикацию» с помощью «слабительного и очищающей рвоты» в рамках разработанной самим Таунзом «программы лечения». Как и многие авторы лечебных методик того времени, Таунз страдал однобоким, полностью завязанным на биологию подходом к зависимости. Эти

представления отчасти опирались на успехи других областей медицины. В 1910 году миру представили «Сальварсан», «спасительный мышьяк», первый современный антимикробный препарат, эффективно воздействующий на возбудителя сифилиса, и исследователи мечтали об открытии «антитоксического» препарата против зависимости. Вдохновившись такими первопроходцами, как Эмиль фон Беринг, который в 1901 году получил Нобелевскую премию за изобретение способа массового производства противодифтерийной сыворотки[496] из лошадиной крови, группа ученых из Сан-Франциско заявила, что им удалось открыть антитела к алкоголю. Они якобы выделили специальную сыворотку[497] из крови лошадей, которых поили большими дозами алкоголя, однако испытания на людях, разумеется, провалились. Это не помешало мошенникам с предпринимательской жилкой продвигать на рынке другие «сыворотки» от зависимости[498], представляющие собой случайную смесь жиров, белков и витаминов (которые, что неудивительно, порой приводили к летальному исходу).

У популярных лечебных программ часто имелся один незаслуженно оставленный без внимания побочный эффект. Лечение золотом, которое продавал Лесли Кили, было, разумеется, полной чепухой, однако оно собирало в его клиниках людей, которые не только получали инъекции, но и вступали в основанные по инициативе других пациентов сообщества[499], так называемые Лиги Кили, благодаря которым они могли оставаться на связи и поддерживать друг друга. Эти усилия по взаимопомощи были, вероятно, самым полезным и значимым инструментом во всей программе лечения: благодаря им на территории США сформировалось около 370 клубов и отделений. Разумеется, эти лиги сами по себе были средством рекламы, но на рубеже веков клиники Кили пропагандировали интерес к терапевтическому подходу и взаимопомощи в то время, когда в общественном мнении доминировали стигматизация и прогибиционизм.

Клинике Таунза недоставало элемента взаимопомощи, однако она предлагала таким пациентам, как Уилсон, другие методы, главным образом интенсивную психотерапию, центральным понятием которой была «свобода воли». Сам Таунз, которого именовали «гигантом воли», упражнялся с гантелями по два часа в день и учил пациентов

своему методу подробного расписания («учета времени») и различным способам укрепления воли[500]. Все это глубоко импонировало Уилсону, протестанту, уроженцу Новой Англии и либертарианцу, который всегда придавал большое значение личной выдержке. В одно из своих пребываний в клинике Таунза Уилсон пережил серьезный перелом в мышлении: тамошний врач Уильям Силкуорт убедил его, что он коренным образом отличается от остальных людей и никогда не сможет употреблять спиртное без опасности сорваться. Но, хотя Уилсон выписался, твердо решив оставаться трезвым, несмотря на 95 %-ную успешность лечения, заявленную клиникой, он вскоре сорвался снова, как не раз бывало прежде. Вопреки своей якобы укрепившейся воле он отправился в бар, наблюдая за собой как будто со стороны и в отчаянии повторяя: «Я не пойду, не пойду»[501], но зная, что пойдет.

Однажды в 1934 году Уилсона навестил старый школьный друг и собутыльник Эбби Тэчер. Он поделился потрясающей новостью: ему удалось завязать, и он стал членом Оксфордской группы – влиятельной в то время христианской евангелической организации. Тэчер часами расписывал Уилсону, как его спасла вера. Уилсону, который всегда скептически относился к религии, он показался «слегка чокнутым»[502], но в то же время Уилсон уже достаточно отчаялся, чтобы попробовать и этот путь. Уилсон вел долгие разговоры с Тэчером и попытался вступить в Оксфордскую группу, которая уделяла большое внимание духовным практикам, таким как дискуссии в малых группах и регулярные исповеди. Однако пить он так и не бросил и снова отправился в клинику Таунза на последнюю, как он надеялся, детоксикацию.

Оказавшись в клинике, Уилсон впал в глубокую депрессию. Все было бесполезно. Годы усилий пропали даром. Лечение Таунза не работало. Религия не спасла его. В своей палате, в полном отчаянии, он воззвал к Богу, в которого он даже толком не верил: «Господи, если ты есть, яви себя![503] Я готов сделать что угодно!»

Внезапно, как позднее описывал Уилсон, комната наполнилась ярким белым светом, а сам он оказался на вершине горы. Сквозь него дул сильный ветер, и он услышал голос: «Ты свободный человек». Уилсон не знал, как на это реагировать. Это был религиозный опыт или просто галлюцинация? Как ни крути, он был в самом разгаре

алкогольной абстиненции и по уши накачан мощными психоактивными веществами[504], например белладонной (она же сонная одурь) и беленой. На следующий день Эбби принес ему книгу Уильяма Джеймса «Многообразие религиозного опыта», в которой описаны мистические эпизоды из духовных практик, относящихся к разным традициям, а также случаи пьяниц, исцелившихся благодаря религиозному прозрению. Уилсона, в частности, зацепила одна цитата: «Единственное радикальное средство[505] от мании алкоголизма – это религиозная мания»[506]. Поход Джеймса, на основе которого он впоследствии разработал собственную философскую школу прагматизма, заключался в том, чтобы судить о религии не по каким-то критериям метафизической истины, но исключительно по ее эффекту: «Мне представлялось чрезвычайно важным убедить вас в необходимости оценивать значение религиозных переживаний по их конечным результатам»[507]. Джеймс предлагал довольно широкое определение религии как веры «в существование невидимого порядка вещей и в то, что наше высшее благо состоит в гармоническом приспособлении к нему нашего существа»[508]. Позднее в книге Анонимных Алкоголиков Уилсон с одобрением цитирует это прагматическое и гибкое определение религии и опирается на него, говоря об АА как о духовной программе в том смысле, что она строится на некоем ощущении божественного и трансцендентного, а не на приверженности какой-то конкретной догме или религиозной практике, и единственная функция этой «высшей силы» состоит в том, чтобы переключить на нее внимание с самого себя.

Уилсон вступил в Оксфордскую группу и еще несколько месяцев воздерживался от пьянства, но оказалось, что этой новой религиозной практики ему недостаточно. Однажды во время деловой поездки в Акрон, Огайо, он ощутил непреодолимую жажду в пустом вестибюле отеля. Он начал паниковать, но потом ему пришло в голову, что если он заручится поддержкой другого алкоголика, то сумеет удержаться. Он воспользовался связями Оксфордской группы и встретился с хирургом по имени Боб Смит[509] (позднее с большой теплотой описанным как доктор Боб), и они моментально настроились на общую волну, проговорив за кофе целых пять часов.

Для Уилсона и доктора Боба суть алкоголизма сводилась к тому, что это было гибридное состояние, имевшее физический, психический и духовный аспект – то, что Уилсон позднее назвал «тройственной природой» алкоголизма[510]. Вместе они разработали собственную 12-ступенчатую программу реабилитации алкоголиков, базирующуюся на трех важных идеях. Первая заключалась в медицинском откровении, которое Уилсон получил в клинике Таунза: настоящий алкоголик никогда не сможет снова пить без опасности сорваться (позднее на основе этого была сформулирована первая из 12 ступеней: признание собственного бессилия перед алкоголем). Вторая идея, которая несколько смягчала первую, заключалась в полностью меняющем перспективу духовном прозрении, что алкоголику требуется нечто *противоположное* силе воли: чтобы излечиться от алкоголизма, необходимо смириться и поверить в некую прагматическую духовную сущность, которая больше, чем ты сам (шаги два и три: поверить в Силу, более могущественную, чем мы, и перепоручить нашу волю и нашу жизнь этой Силе, или Богу, как бы мы его ни понимали). И, наконец, третье: для того чтобы измениться, нужна постоянная работа[511], фундаментальная перестройка личности и служение другим. Все это было позаимствовано у Оксфордской группы и составляло основу оставшихся девяти шагов. Эти три идеи объясняют, почему алкоголь упоминается только на первом шаге. Отказ от алкоголя необходим, но недостаточен: чтобы оставаться здоровым, необходима программа полного преображения личности – процесса, который впоследствии стал известен как *recovery*, «выздоровление».

Как не раз отмечали критики, АА создавались власть имущими для власть имущих – белыми работающими мужчинами среднего возраста, протестантского вероисповедания. На раннем этапе женщинам в группах АА приходилось непросто. В то время существовало множество стереотипов о женщинах с алкогольной зависимостью[512]: что они неразборчивы в половых связях, что они плохие матери, что женский алкоголизм тяжелее мужского и хуже поддается излечению. Доктор Боб был печально известен[513] своим предубеждением против женщин с алкогольной зависимостью. Да и в целом мужчины – участники АА старались скорее перенаправить таких женщин к своим женам, нежели как-то помочь им, поскольку опасались, что

присутствие женщин на собраниях может оказаться чересчур соблазнительным. Распространенная в то время поговорка гласила что-то вроде «за юбкой пойдешь – в рецидив попадешь»[514]. В 1945 году в журнале *Grapewine*, официальном печатном органе АА, появилась статья, в которой перечислялись многочисленные причины, по которым большинство женщин не подходят для этих собраний: они слишком много говорят, они не любят друг друга, они требуют слишком много внимания, они чересчур обидчивы, они хотят везде командовать, а кроме того, некоторые из них приходят на собрание исключительно ради того, чтобы кого-нибудь там подцепить[515]. Даже сегодня в группах АА мужчин почти в два раза больше, чем женщин[516]. Многие женщины-первопроходцы боролись против этих стереотипов, многие пытались создавать альтернативные группы. К примеру, в 1975 году социолог и феминистка Джин Киркпатрик основала группу «Женщины за трезвость» (Women for Sobriety), которая пропагандировала полный отказ от алкоголя и разработала «13 принципов принятия»[517], куда входили расширение прав и возможностей женщин, настойчивость, компетентность, ответственность и позитивное мышление.

Во времена Мэнн ничего подобного не существовало. Она приехала в Нью-Йорк промозглым апрельским вечером 1939 года, в грохочущем поезде подземки добралась до дома Уилсона в Бруклин-Хайтс. Поначалу она сильно волновалась и пряталась наверху[518] до тех пор, пока Луис не вытащила ее оттуда на первый этаж, где в гостиной проходило собрание. Мэнн немедленно и безошибочно ощутила, что все происходящее очень правильно: «Я могла заканчивать за них предложения![519] А они за меня! Мы говорили на одном языке. Они были не чужими для меня. Я оказалась среди своих!»

Для Мэнн, которая относилась к религии с еще большим скепсисом, чем Уилсон, главная ценность АА заключалась в чувстве единства с людьми, в том, чтобы найти свое сообщество, племя. Современные исследования подтверждают важность сообщества для успеха АА[520]: связи с другими людьми и здоровые возможности для социализации являются важной частью механизма, который помогает людям оставаться трезвыми. Мэнн разительно отличалась от остальных членов группы. Она была лесбиянкой, и ее партнерша, Присцилла Пек,

позднее тоже присоединилась к АА – они были среди первых женщин, долгое время остававшихся членами организации, и одними из первых членов ЛГБТ-движения. Как бы то ни было, идентификация себя как алкоголика среди других таких же стала для Мэнн источником огромной силы. Как она писала в своей личной истории, вошедшей в более поздние издания «Большой книги»: «У еврейского слова, которое в Библии короля Иакова переведено как *salvation*, „спасение“, есть и другое значение: „возвращение домой“. Я нашла свое спасение. Теперь я была не одинока»[521].

Мэнн стала подопечной Уилсона и с головой окунулась в деятельность организации, которая стала постепенно разрастаться. В том же 1939 году Билл и Луис Уилсон, Мэнн и еще несколько активистов отправились в Кливленд, чтобы основать там новую ячейку. Выступая перед собравшимися, Мэнн пошутила: «Разве не замечательно было бы однажды путешествовать по всей стране и в каждом городе находить группу АА?» Все присутствующие – около 100 человек – зашлись смехом. Однако для Мэнн это была лишь наполовину шутка[522]. Многие ее знакомые постоянно срывались и даже умирали от пьянства. Она была уверена, что нужно делать для них больше.

Спустя один очень долгий год после окончания университета я начал свою первую практику в качестве полноправного ординатора в психиатрии. Я работал в службе консультирующих психиатров, которые занимаются пациентами, госпитализированными с другими диагнозами или в связи с хирургическими вмешательствами. Каждый день я через вращающиеся стеклянные двери проходил в прохладный, обработанный антисептиками вестибюль больницы – той самой, где я провел год интернатуры. Но вместо того, чтобы тащиться в какой-нибудь кабинет без окон и принимать смену у вчерашнего интерна, или нестись сломя голову брать срочный анализ крови, или делать торакоцентез либо еще какую-нибудь неприятную процедуру с участием телесных жидкостей, я наконец-то мог заниматься выбранной специальностью, самостоятельно нести ответственность за пациентов и свободно перемещаться по больнице, занимаясь ими так, как я считал нужным.

Я наконец-то был психиатром, постепенно вживался в роль эксперта в своей области и осваивал навыки, которыми собирался пользоваться всю оставшуюся жизнь. Это было захватывающе. Я поднимался в общее отделение, где утешал задыхающуюся от тревоги пациентку с эмфиземой легких в конечной стадии: все мышцы ее шеи и груди напрягались в отчаянной попытке втянуть последний глоток воздуха. Потом спускался в хирургию для оценки дееспособности пациента с шизофренией, который не понимал, для чего проводится ампутация. Я корректировал схемы лечения пациентов с тяжелой депрессией, я проводил сеансы психотерапии прямо у постели пациентов.

Мне это нравилось, но я до сих пор не мог действовать в полную силу. Это вызывало у меня смятение, ужас и, что важнее, чувство нереальности происходящего. Хотя старший ординатор и вынес мне предупреждение, когда я еще был интерном, я до сих пор не мог взять под контроль употребление спиртного. Не успевал я моргнуть глазом, как на часах было четыре утра и бар закрывался. А иногда я пил в одиночестве у себя дома перед телевизором. Мне полагалось приезжать в больницу к девяти утра. Для себя я решил приезжать к восьми – на всякий случай. Но все чаще и чаще я опаздывал и едва успевал к утреннему обходу, который начинался в 9:45.

Не прошло и нескольких недель, как случилось то, чего я боялся. Сандра, директор программы ординатуры, суровая дама, всегда державшая под рукой громкоговоритель, вызвала меня на ковер. По дороге к ее кабинету я пытался вспомнить, принимал ли душ с утра, но даже если и принимал, от меня все равно разило алкоголем. Когда я вошел, мое сердце упало. Помимо Сандры, в кабинете находились ее заместитель и старший ординатор. Мне на ум сразу пришли сцены из телешоу про зависимость: душераздирающие выговоры и ужасные последствия.

Возвращаясь в мыслях к тому разговору, я вспоминаю лишь их деликатную, но открытую обеспокоенность.

– Очевидно, что вы испытываете трудности, – сказали они, – но не нужно бояться. Вам не грозят проблемы, и вы можете получить любую помощь: конфиденциальные консультации нашего персонала, направления к специалистам.

И никаких мер, которых я опасалс: ни увольнения, ни анализов мочи без предупреждения. Но в глубине души я ощущал панику. Мне

казалось, что из воздуха вдруг исчез весь кислород. Я судорожно искал себе оправдания.

Мне казалось, что этот момент определяет всю мою дальнейшую жизнь. У меня было чувство, что если меня раскроют, то я умру. Что на этом все закончится.

– Я знаю, как это выглядит со стороны. Вы наверняка думаете, что у меня проблемы с наркотиками и алкоголем, но на самом деле это не так, – сказал я. Также я сообщил, что осознал, каким я был безответственным и незрелым, что я сожалею и что буду работать над этим. Я громоздил одну ложь на другую в попытке отвлечь их внимание, не понимая, что это не избавляет меня от проблем, а лишь усугубляет их.

Отрицание – главное препятствие[523] в лечении зависимости. Среди всех людей, страдающих расстройством употребления психоактивных веществ и не получающих лечения, лишь 5 % признают, что им необходима помощь. И тем не менее, как отмечает философ Ханна Пикард, отрицание вообще никак не упоминается в современных определениях зависимости. (К примеру, в 1800-страничном руководстве «Принципы лечения зависимости», выпущенном Американским обществом лечения зависимости, отрицанию посвящены неполные две страницы[524] в главе об этических аспектах, втиснутой в самом конце.) Отчасти это объясняется неприятием концепции отрицания как некого пережитка фрейдизма, однако нельзя закрывать глаза на то, что отрицание является важным элементом зависимости. Некоторые люди отрицают наличие проблемы до тех пор, пока не окажутся на пороге смерти, говоря себе, что даже теперь, когда они угодили в больницу с тяжелой абстиненцией, у них все в порядке. Эволюционный биолог Роберт Триверс построил теорию, что склонность к самообману – не ошибка, а полезная функция человеческой психологии. Он утверждает, что она прошла естественный отбор в череде поколений потому, что самообман полезен[525] для человеческого взаимодействия: мы обманываем себя, так как это помогает более убедительно обманывать других. Это спорное утверждение, но в случае с зависимостью оно кажется мне верным.

Во время того разговора в ординатуре я привел все возможные оправдания, какие смог придумать: у меня до сих пор остались проблемы со сном после года интернатуры; я нахожусь в терапии, где прорабатываю «глубинные» проблемы, лежащие в основе моей нерадивости на работе, например мое неприятие авторитетов. Разумеется, все это было чепухой, однако, что самое поразительное, в тот момент я сам в это верил.

Я думаю, та встреча в кабинете Сандры была переломным моментом, когда я мог принять другое решение и обратиться за помощью, и это угнетает и немного пугает, поскольку показывает, как глубоко я влип, если не сумел попросить о помощи людей, которые так искренне и без капли осуждения хотели мне помочь.

– В чем бы ни была ваша проблема, обратитесь за помощью, – сказала Сандра, смотревшая на меня с недоверием и некоторым разочарованием. Мне сообщили, что я должен буду каждую неделю приходить на встречу со старшим ординатором и в целом за моей работой будут наблюдать пристальнее. Выходя из кабинета, я чувствовал себя наказанным, но мне даже в голову не пришло действительно обратиться за помощью.

Оглядываясь назад, я ясно вижу, что на самом деле я боялся перемен: того, что ничего не получится или, наоборот, – что получится и жизнь станет еще тяжелее. А еще я, конечно, боялся мысли, что я другой – что я душевнобольной и что становлюсь алкоголиком. И если я мог ухватиться за какое-то альтернативное объяснение и сам выпутаться из передряги, в которой оказался, это доказывало, что я нормальный человек. Напротив, принять помощь означало признать, что я действительно болен.

Именно такое упорное отрицание Марти Мэнн надеялась преодолеть с помощью собственного антиалкогольного движения. Чтобы противодействовать столь мощному противнику, нужно было собрать все силы.

Будучи трезвой, Марти Мэнн была неотразима. Полная энергии, блестящая и ухоженная, но всегда искренняя, она завоевывала сердца публики на собраниях АА. В своих кругах она была известна как человек, к которому всегда можно прийти за советом. Примерно в то время она познакомилась со своей партнершей, Присциллой Пек[526],

элегантной и космополитичной художницей и писательницей, которая позднее стала арт-директором *Vogue*. Анонимные Алкоголики расширялись, особенно после того как в *The Saturday Evening Post* в 1941 году вышла очень теплая и хвалебная статья Джека Александера[527] (в которой, в частности, говорилось, что «половина всех алкоголиков, попадающих сюда, выздоравливают почти сразу же», а «четверть непременно выздоровеет после одного-двух срывов»). Организация сняла просторный офис рядом с Центральным вокзалом Нью-Йорка[528], где сотрудники отвечали на растущий поток корреспонденции со всей страны, а затем со всего мира. Неформальная компания, о встречах которой в «Большой книге» почти и не упоминалось[529], превратилась в растущую организацию потенциально мирового масштаба. Однако Мэнн и этого было мало. Она была уверена, что в мире полно людей, которые никогда не слышали об их спасительной программе.

Шла Вторая мировая война, Мэнн работала на новой работе, где она делала радиопередачи об американской истории. В одной из них говорилось о Доротее Дикс, героине XIX века, которая вела общенациональную кампанию против негуманного обращения с душевнобольными, и Мэнн была глубоко тронута ее историей. Что, если алкоголикам тоже требовался подобный защитник? Вскоре она проснулась среди ночи, разбуженная внезапным откровением, бросилась к печатной машинке и набросала подробный план национальной кампании, призванной убедить публику, что алкоголизм не безнравственность, а медицинская проблема. Она хотела достучаться[530] не только до ученых и профессиональных врачей, но до всего общества в целом, включая таких людей, как я в молодости, погрязших в отрицании и не желающих принимать помощь. Суть ее проекта заключалась в том, чтобы доказать, что алкоголизм является болезнью.

Во времена Мэнн движения в области здравоохранения[531] добились поразительного успеха в дестигматизации таких заболеваний, как рак и туберкулез. Мэнн сама перенесла туберкулез в детстве, еще в 1910-х, но в то время это заболевание считалось постыдным и ассоциировалось с низшим классом, так что родители отправили ее из Чикаго аж в Лос-Анжелес, где она лечилась в

санатории, и держали диагноз в тайне даже от нее. Уже потом она стала свидетелем тому, как Национальная ассоциация против туберкулеза[532] (ныне Американская ассоциация против болезней легких) кардинальным образом изменила отношение публики к этой болезни, призывая людей к исследованию, финансированию и лечению, но прежде всего – к состраданию больным. Для Мэнн алкоголизм был такой же болезнью, как любая другая, его следовало признать таковой и лечить соответственно.

Марти Мэнн, как и Уилсон, была скорее инноватором, нежели изобретателем: оба в большей степени подхватили и соединили существующие тенденции, а не придумали нечто совершенно новое. Что касается движения Мэнн, то интерес к алкоголизму как болезни существовал и до нее. В 1941 году Служба общественного здравоохранения США выпустила важную публикацию[533], согласно которой алкоголизм являлся скорее проблемой общественного здоровья, чем аморальным поведением. Группа исследователей алкоголя учредила научную команду, которую назвали Исследовательским советом по проблемам алкоголя. В его задачи входила пропаганда терапевтического подхода к алкоголизму: «Человека с алкогольной зависимостью следует считать больным человеком»[534], «точно так же, как того, кто страдает туберкулезом, раком, болезнями сердца или любым другим хроническим заболеванием». Позднее этот исследовательский совет нанял Дуайта Андерсона, специалиста по рекламе и выздоравливающего алкоголика, чтобы помочь распространить такую точку зрения. Андерсон подтолкнул их к более активным действиям по формированию общественного мнения, в частности рекомендовал подчеркивать, что люди с алкогольной зависимостью «больны», но им можно помочь, а следовательно, они находятся в «зоне ответственности медицинских работников»[535]. Некоторые сотрудники Йельского университета, входившие в состав совета, уже начали проводить исследования, подключать административный ресурс и всячески продвигать новый, научный взгляд на алкоголизм.

Мэнн связалась с этими йельскими учеными. Самым судьбоносным оказалось знакомство с блестящим и полным бунтарского духа американцем венгерского происхождения по имени Э. М. Еллинек. Он выделялся даже в своей среде, где было полно отчаянных чудаков. В

прошлом он бежал из Венгрии, где был выписан ордер на его арест из-за провала его мошеннической схемы с валютными спекуляциями и контрабандой[536], недолгое время пожил в Сьерра-Леоне и Гондурасе, после чего разжился поддельными документами об образовании и ученых степенях и устроился работать специалистом по биостатистике в Массачусетсе. Короче говоря, он был мошенником, хотя это не мешало ему быть блестящим и продуктивным исследователем. Сегодня в его честь названа наиболее престижная награда за исследования, посвященные алкоголю.

Еллинек немедленно разглядел в Мэнн самородок. Она была талантливым оратором, и у нее имелся отличный социальный капитал, включавший в себя прочные связи с растущим братством АА. Она была привлекательной и успешной женщиной из высшего класса, и ее готовность признать себя выздоравливающим алкоголиком разбивала привычный стереотип об алкоголиках как опустившихся бездельниках. А еще у нее была свобода, которая позволяла ей полностью посвятить себя этому крестовому походу. Всего через несколько месяцев Мэнн переехала в дом семьи Еллинеков в Нью-Хейвене и провела там целое лето, изучая алкоголизм. Еще несколько месяцев спустя она была готова.

В октябре 1944 года Мэнн провела в фешенебельном отеле «Билтмор» в Нью-Йорке пресс-конференцию, посвященную открытию новой национальной организации по борьбе с алкоголизмом. Своим безупречной интеллигентной речью, напоминающей Кэтрин Хепбёрн, с едва заметным налетом говоров Среднего Запада, эта «высокая, элегантная блондинка»[537] (как ее описали в одной из последовавших публикаций) захватила внимание журналистов из 45 СМИ, особенно после того, как призналась, что сама была алкоголиком, но «уже пять лет остается трезвой».

Мэнн заявила, что ее организация, которая со временем стала известна как Национальный совет по алкоголизму (НСА), начинает кампанию, цель которой – убедить публику, что «алкоголизм – это болезнь»[538]. Она взяла на вооружение некоторые формулировки Дуайта Андерсона о том, что алкоголик – это «больной человек», которому «можно помочь» и который «заслуживает помощи», а

следовательно, «алкоголизм является проблемой общественного здравоохранения».

Публикации по результатам этой пресс-конференции начали выходить две недели спустя. В *Time* опубликовали тематическую статью о Мэнн. Меньше чем за год она провела 49 выступлений по всей стране, и с тех пор ее медийность только росла: в последующие годы она выступала на публике не менее 200 раз за год[539], а порой и 250. Повсюду, где появлялась, она основывала местные «центры информации об алкоголизме»[540], которые проводили просветительские кампании об алкоголизме как болезни. Эти местные организации получали положительную обратную связь от самых высоких инстанций. Это положило начало тому, что ученые называют «современным антиалкогольным движением», в основе которого лежало активное, но не слишком организованное сотрудничество между сторонниками взаимопомощи и адептами терапевтического подхода.

За десять с небольшим лет произошли значительные изменения. Количество членов АА выросло с десяти с лишним тысяч в 1944 году до почти 100 000[541] в 1950-м. Хотя деятельность Мэнн способствовала росту популярности АА, в значительной мере они были обязаны своим успехом собственным усилиям. По мере роста организации ее руководство сталкивалось с новыми и трудными вопросами, поступавшими от групп по всей стране: по поводу финансирования, управления и членства. В процессе решения этих вопросов Уилсон разработал определенные принципы, которые оформились в 12 традиций, призванных защитить целостность организации и сохранить ее фокус на помощи страдающим алкоголикам (и не скатиться к участию в политических играх, к чему в итоге пришли вашингтонианцы). В частности, одна из традиций гласила, что единственным условием членства в АА является желание бросить пить: на раннем этапе некоторые группы придерживались жестких правил и исключали из своего состава людей, сорвавшихся больше одного раза. Кроме того, АА сознательно стремились децентрализовать структуру управления организацией[542], чтобы избежать авторитаризма и позволить группам гибко адаптироваться на местах.

Пропагандистские усилия Мэнн вскоре были услышаны и в медицинской сфере. С помощью одной из своих первых нью-йоркских подруг, психиатра по имени Рут Фокс[543], Мэнн учредила медицинскую организацию, которая со временем превратилась в Американское общество лечения зависимости – крупнейшую национальную организацию такого рода. Медленно, но верно все эти усилия помогли возродить терапевтический подход к зависимости, и в местных больницах стали появляться отделения по лечению алкоголизма. В 1956 году Американская медицинская ассоциация приняла резолюцию, подтверждавшую, что «алкоголизм является медицинской проблемой»[544]. Год спустя Американская больничная ассоциация[545] приняла собственную резолюцию, поощрявшую разработку программ лечения алкоголизма в больницах общего профиля.

Происходил значительный сдвиг в общественном мнении. Между фильмами «Потерянные выходные» (1945) и «Дни вина и роз» (1962) вышло по меньшей мере 34 голливудских фильма[546], в которых главными героями стали алкоголики. Некоторые из них придерживались фрейдистской точки зрения, другие – пораженческой (в том числе самый, вероятно, заметный – снятый в 1954 году ремейк фильма 1937 года «Звезда родилась»), однако все чаще в основе лежали идеи АА, а точнее, идеи Мэнн и ее организации, согласно которым алкоголизм являлся болезнью[547] и в каком-то смысле сам был главным героем. Более того, начиная с фильма «Катастрофа: История женщины» (1947) члены АА и НСА участвовали в работе над многими фильмами в качестве консультантов[548]. АА и НСА существовали как отдельные организации, хотя их близость часто приводила к путанице. Члены АА вносили значительный вклад[549] в дело НСА: большинство приглашений на выступления Мэнн получала от членов местных групп АА, а результаты деятельности НСА – в виде общественного признания проблемы и просветительских кампаний – безусловно, приводили к притоку новых членов в АА. И тем не менее это были две разные организации. Неустанный активизм Мэнн и ее готовность идентифицировать себя как члена АА были среди причин, по которым АА со временем ввели традицию анонимности своих членов на уровне СМИ. Из-за этого и самой Мэнн, и многим другим

алкоголикам, которые решили сделать свое выздоровление достоянием общественности, приходилось прибегать к вымученным формулировкам[550], чтобы не упоминать АА в своих публичных высказываниях. АА старались держать дистанцию от всех внешних проблем и не принимали участия в лоббировании, в отличие от НСА. Эти различия между НСА и АА, а впоследствии – между ними и развивающейся индустрией лечения алкоголизма – были тонкими, но весьма существенными.

Деятельность организации Мэнн – не единственный, однако самый заметный источник изменений. НСА размещала социальную рекламу для продвижения идеи о том, что алкоголик является «больным человеком»[551], которого можно вылечить, и призывала американские корпорации предоставлять таким работникам лечение, вместо того чтобы увольнять их. Мэнн пользовалась своими связями с политиками, например с президентом Линдоном Джоносоном, который в свое время был членом техасского отделения НСА. В 1966 году в специальном послании к Конгрессу он объявил об открытии новой программы, заявив, что алкоголизм – это «болезнь, которая в конце концов будет побеждена научными исследованиями и адекватным лечением»[552]. Джонсон был не единственным союзником НСА в кругах власти. Два года спустя, к большой радости Мэнн и ее коллег, Гарольд Хьюз, открытый член АА и выздоравливающий алкоголик, был избран в Сенат, где продолжил работу над федеральным законодательством об алкоголизме и организовал приглашение Мэнн и – анонимно – Билла У. на слушания в Конгрессе. В 1970 году Конгресс принял всеобъемлющий закон об алкоголизме, ныне известный как закон Хьюза. Ричард Никсон едва не похоронил этот закон, воспользовавшись «карманным вето», однако в последний момент состоятельные союзники Мэнн из Республиканской партии оказали на президента закулисное политическое давление, и он все-таки подписал документ[553] на самом исходе 1970 года. Это был первый значительный федеральный закон об алкоголизме. Благодаря ему был создан Национальный институт по борьбе со злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом, а также заложен фундамент современной системы лечения зависимости и была одержана знаменательная, с точки зрения Мэнн, победа в борьбе за общественное мнение.

Вскоре после принятия закона Хьюза Мэнн выступила с речью, в которой объявила о конце «стопятидесятилетней войны»[554] между алкоголем и алкоголизмом. С самых первых дней существования нашей нации, объяснила она, моралисты и сторонники полного воздержания выступали против алкоголя как великого зла. Зло, которое приписывалось «демону рому», стало ассоциироваться и с алкоголиками, и это «положило начало стигматизации, которая удушающим покрывалом накрыла алкоголиков и их семьи, не давая им распознать болезнь, признать ее и обратиться за помощью». Но затем деятельность НСА объединила две важные, уравновешивающие друг друга силы: ученых (в частности, йельских исследователей) и алкоголиков (в лице АА), и благодаря объединению их усилий антиалкогольное движение смогло одержать победу над суевериями и стигматизацией. Теперь «главным предметом заботы» должны были по праву стать «люди в беде», а не «бутылка». Оглядываясь назад, трудно не увидеть в ее торжествующей речи некоторое самодовольство и довольно существенное упрощение. Едва ли в «бутылке» совсем не было поводов для беспокойства.

Сухой закон в США отменили в 1933 году, но война американцев против алкоголя продолжалась и после этого. Не прекращались жестокие стычки между «сухими» и «влажными», между сторонниками и противниками алкоголя, и в таких условиях ученым было весьма трудно проводить какие бы то ни было исследования проблемы. Ближе к концу 1930-х власти штата Вирджиния поручили двум именитым профессорам фармакологии, Дж. А. Уэдделлу и Г. Б. Хаагу, написать взвешенный научный отчет о влиянии алкоголя на человеческий организм. Их отчет был выдержан в нейтральном духе и с оговорками допускал, что умеренное употребление алкоголя (а именно одной порции в день) не причиняет вреда здоровью, но для «сухих» это было слишком много, а для «влажных» – слишком мало. Законодательное собрание штата постановило уничтожить все экземпляры этого отчета, и в апреле 1938 года последние 1000 копий были доставлены в подвал местного Капитолия и брошены в печь, где помощник генерального прокурора штата и другие официальные лица торжественно подожгли их. Это событие было увековечено в фотографиях[555].

Исследовательский совет по проблемам алкоголя – группа ученых, в создании которой участвовали Мэнн и Еллинек, – столкнулась с похожими трудностями. К концу 1930-х начались перебои с финансированием, и исследователи оказались на грани банкротства. Как и ученые из Вирджинии, они видели, что их терапевтические намерения не удовлетворяют ни одну из сторон, и потому они не могли привлечь частных спонсоров. У них оставался только один источник средств – сама алкогольная индустрия.

Некоторых исследователей смущал потенциальный конфликт интересов, но в последние месяцы десятилетия, после жарких споров и выхода из группы нескольких сторонников полной трезвости, Исследовательский совет достиг компромисса: принять деньги от производителей алкоголя, однако полностью прекратить исследования самого алкоголя и сосредоточиться исключительно на алкоголизме[556] в надежде обойти острые углы конфликта между «сухими» и «влажными» и начать решать проблемы человека, а не бутылки. Такое решение может показаться нейтральным, однако это не так. Фокус на научном исследовании сам по себе может быть весомой силой.

Алкогольная индустрия долгое время играла важную роль в формировании отношения людей к зависимости. Историк Джон Бёрнэм в своей книге «Дурные привычки» («Bad Habits») утверждает, что отмену сухого закона следует считать не признаком слабости реформаторов, но признаком силы и могущества их противников. Среди этих противников ключевым игроком была алкогольная индустрия. Если взглянуть шире, можно увидеть, что период после отмены сухого закона ознаменовал масштабную перемену во взглядах американцев на пороки: теперь ряд других пороков, в том числе курение, пристрастие к азартным играм и половая распущенность, стали приемлемыми и даже уважаемыми. Бёрнэм убежден, что главной причиной этой перемены был индустриализм[557], причем не столько сами представители индустрий, сколько СМИ и реклама, сопровождавшие рост рынка.

Никакого злого умысла в этом не было. Алкогольная индустрия, как и любая другая отрасль, зарабатывающая на потенциально вредных для здоровья товарах, просто пыталась увеличить свою долю рынка. (Кстати, именно поэтому идея о саморегуляции рынка не выдерживает никакой критики.) Поскольку власти предержащие не имеют полного

представления обо всех нюансах проблемы зависимости, государственная наркополитика склонна впадать в крайности: либо полный запрет, либо попустительство и отсутствие всякой регуляции. Категорический прогибиционизм чреват серьезными проблемами, но и противоположная позиция несет очевидные риски.

Индустрия поддержания зависимости оказывала сильное влияние на отношение к зависимости на протяжении как минимум столетия, а попутно формировала также национальную и международную политику, переиначивала культурные нормы и в целом пыталась повлиять на наши глубинные представления о здоровье и болезни. Одним из ключевых аргументов на протяжении всего этого времени была идея о том, что проблема заключается не в веществе, а в человеке, который его употребляет. Когда велось лоббирование отмены сухого закона, ключевым аргументом производителей алкоголя было уважение к личной свободе и ответственности. Борцы с пороками эры прогресса фокусировались на более широких, связанных со средой причинах социальных проблем, а сторонники отмены сухого закона вновь сдвинули основной фокус на личность. Так, они утверждали, что если незначительное меньшинство употребляет вещество неправильно, это не значит, что наказывать следует и всех остальных. Этот аргумент был весьма эффективным элементом их пиар-кампании.

После отмены сухого закона представители индустрии, как ни парадоксально, обнаружили, что идея алкоголизма полезна для борьбы с ограничениями на продажу алкоголя. Аргументация сводилась к тому, что ответственность за пьянство лежит на больных, а для остальных алкоголь не представляет никакой угрозы, и его употребление совершенно нормально. В 1947 году президент компании Licensed Beverage Industries Inc. с признательностью отметил, что ученые подтвердили: «Причина алкоголизма заключается в человеке, а не в бутылке»[558]. В одном из докладов лоббистской группировки Исследовательский совет был признан «потенциально ценным союзником»[559]. В течение нескольких десятилетий после отмены сухого закона любая крупная конференция по алкоголизму финансировалась частично за счет алкогольной индустрии.

По сей день основной довод алкогольной индустрии заключается в том, что наибольший ущерб от алкоголя[560] ограничен крайне небольшой группой тех, кто им злоупотребляет. Это выглядит

правдоподобно на поверхности и, вероятно, кажется убедительным людям, имеющим личный опыт зависимости, однако это в корне неверно. Проблемы с алкоголем представляют собой некую шкалу, и многочисленные исследования показали, что наиболее разрушительные эффекты алкоголя наблюдаются не в самых тяжелых, однако немногочисленных случаях, а среди гораздо более многочисленной группы людей, относящихся к средней части параболы, или «группе риска». Чтобы сесть за руль нетрезвым, ввязаться в драку, прибегнуть к домашнему насилию или получить заболевание, связанное с употреблением алкоголя, не обязательно быть стереотипным алкоголиком. Люди из «группы риска» по отдельности имеют меньше таких проблем, чем тяжелые алкоголики, однако они составляют значительно бóльшую долю населения, так что в сумме именно они отвечают за основную массу проблем.

У алкогольной индустрии имеется серьезная мотивация скрывать этот факт. Дело в том, что именно потребители из «группы риска» приносят наибольший доход[561]: если бы мы сумели ограничить их потребление до безопасного уровня, это значительно снизило бы продажи алкоголя – по некоторым оценкам, прибыли упали бы на 60 %. Поэтому пиар-кампания продолжается. Производители алкоголя финансируют организации-пустышки с невинными названиями вроде «Международный центр алкогольной политики» с целью повлиять на регулирование алкогольного рынка и информационную политику в отношении алкоголя. Зачастую их цель состоит в том, чтобы привлечь внимание к определенным категориям, например «пьяным водителям-рецидивистам»[562] или пьющим беременным женщинам, – чтобы отвлечь его от более системных причин алкоголизма. И пока серьезные организации, такие как ВОЗ, публикуют обширные доклады и исследования, другие группы исследователей, финансируемые производителями алкоголя, пишут собственные материалы и бесплатно рассылают их по длинному списку, чтобы перетянуть одеяло на себя и вытеснить из центра внимания официальные рекомендации. По тем же причинам в 1980-х группы производителей алкоголя финансировали такие организации, как «Матери против пьянства за рулем» или «Студенты против пьянства за рулем», которые были сосредоточены на личной ответственности[563] и требовали введения карательных мер, а не системных изменений вроде запрета

прямой рекламы, за который выступали ассоциации по защите потребителей.

Обороты алкогольной промышленности и концентрация власти поражают воображение: в 2005 году 26 крупнейших мировых производителей алкоголя могли похвастаться общей выручкой в 155 миллиардов долларов, при этом чистая прибыль составила 26 миллиардов, а общий объем рынка алкоголя, согласно некоторым оценкам, составляет на сегодня более 1,5 триллиона долларов[564], так что не стоит недооценивать влияние алкогольной индустрии на государственную алкогольную политику. По мере роста своего влияния индустрия поддержания зависимости нацеливалась на целые страны и даже континенты с целью открыть их рынки для своей продукции и ослабить регулирование, попутно создавая условия для возникновения «индустриальных эпидемий»[565], как их называют ученые. Самый яркий пример применения подобных методов имел место в конце 2000-х, когда четыре африканские страны, расположенные к югу от Сахары, а именно Малави, Уганда, Ботсвана и Лесото, на протяжении всего двух лет ввели на своих территориях новые и похожие как две капли воды меры алкогольной политики. При ближайшем рассмотрении, как выяснила группа норвежских ученых[566], четыре соответствующих документа оказались практически идентичными по структуре, формулировкам и даже форматированию страниц, хотя были созданы в странах с очень разными культурами и политическими процессами. (Расстояние между Угандой и Лесото, наиболее удаленными друг от друга из этих стран, составляет более 3000 километров.) Проведя небольшое расследование, ученые обнаружили, что источником всех этих документов были Международный центр алкогольной политики, который финансируют производители алкоголя, и SABMiller – вторая по величине пивоваренная компания в мире. Четыре независимые страны с совокупным населением почти в 50 миллионов человек позаимствовали свою алкогольную политику у одной из тех самых компаний, чью деятельность эта политика призвана регулировать. Нет нужды говорить, что эта политика игнорирует доказанные и самые эффективные меры по снижению ущерба от алкоголя, например ограничение доступности и рекламы, в пользу индивидуалистского

подхода, основанного на более мягких стратегиях[567] вроде «просвещения потребителей».

Еще одним наследием эпохи сухого закона и произошедшего в результате культурного сдвига стало принципиальное разделение между алкоголем и табаком, с одной стороны, и всеми прочими наркотиками – с другой. В первые десятилетия XX века производители алкоголя и табачных изделий вкладывали миллионы долларов в рекламу, которая убеждала публику в нормальности и безопасности их продукции – в отличие от «наркотиков». (Между прочим, эти производители стали главной движущей силой развития рекламы как технологии убеждения в 1920–1930-х, когда американская реклама перешла от стратегии информирования к инструментам, связанным с воздействием на эмоции и убеждением.) В одной особенно яркой публичной кампании 1929 года один из пионеров рекламы Эдвард Бернейс предложил группе женщин, участвовавших в пасхальном шествии в Нью-Йорке, зажечь сигареты – или, как он их называл, «факелы свободы»[568]. Это было частью стратегии, направленной на то, чтобы сделать женское курение общественно приемлемым. Разумеется, не только промышленность несла ответственность за растущую доступность сигарет и алкоголя, однако она играла важную роль, и результатом ее усилий стало это принципиальное разделение[569], которое существует по сей день.

В начале XX века не делалось различий между алкоголизмом и зависимостью: все формы аддикции подпадали под единое понятие нетрезвости. Спустя несколько десятилетий сформировалось жесткое разделение между алкоголем и табаком, с одной стороны, и прочими наркотиками – с другой, а также между алкоголизмом и иными формами зависимости. Это разделение не только препятствует целостному и нюансированному пониманию зависимости, но и приводит к значительному неравенству в сфере лечения разных ее типов, а также к криминализации наркотиков, которая используется как оружие против потребителей.

Президентские полномочия Джеральда Форда истекли несколько месяцев назад, и бывшая первая леди, Бетти Форд, изнывала от одиночества, чувствовала себя бесполезной и злилась на народ, который не переизбрал ее мужа президентом. Пока Форд

путешествовал по всей стране с лекциями и заседал на собраниях советов директоров корпораций, она сидела одна в арендованном для них доме в Ранчо-Мираж, недалеко от Палм-Спрингс, и писала автобиографию. По крайней мере, пыталась писать. Почти каждый день она оставалась в постели до обеда, выпивала и принимала все бóльшие дозы обезболивающих и седативных препаратов. Когда ее семья встретилась с ней на Рождество 1977 года, они едва узнали ее. Она сильно исхудала и, хотя некогда она танцевала с Мартой Грэм, теперь едва волочила ноги, а речь ее стала невнятной и бессвязной.

Родственники пытались ей помочь, как и ее врач, который сам был выздоравливающим алкоголиком, однако Бетти никого не слушала. Тогда семья начала планировать интервенцию. В то время эта практика была относительно новой и получила известность благодаря книге преподобного Вернона Джонсона «Я брошу завтра» («I'll Quit Tomorrow»), вышедшей в 1973 году. Они наняли специалиста по зависимости, работавшего в ВМС, а Джерри Форд перепоручил все свои выступления Генри Киссинджеру, чтобы вернуться домой. Ранним утром 1 апреля 1978 года, когда солнце пустыни заливало землю своим светом, а Бетти в халате рыдала на диване в объятиях Джерри, они разыграли интервенцию, и Бетти неохотно согласилась[570] отправиться на реабилитацию.

Бетти приняли на лечение в Военно-морской госпиталь Лонг-Бич, где после повторной интервенции она написала заявление, в котором признавала, что зависима от медицинских препаратов и алкоголя. В последующие годы она полностью посвятила себя 12-ступенчатой программе. В 1982 году она открыла в Ранчо-Мираж собственный центр лечения зависимости – не так далеко от дома, где она сидела в слезах четыре года назад, и с тех пор вела неустанную и громогласную борьбу за трезвость. Наступил переломный момент в культурном понимании зависимости: в общественном мнении алкоголики перестали ассоциироваться с пьяным отребьем, теперь это мог быть кто угодно. Бетти Форд показала, что зависимость может поразить любого: друзей, родственников, коллег, независимо от их успешности.

Известность и популярность 12-ступенчатых программ взлетели до небес. В центре Бетти Форд лечились Лайза Миннелли, Мэри Тайлер Мур и Джонни Кэш, причем происходило это с большой помпой. Элизабет Тейлор открыто призналась общественности[571] в том, что

она тоже выздоравливающий алкоголик (после того как ее подтолкнула к этому сама Бетти Форд), и в 1985 году ей посвятили обширную статью в *The New York Times*, где она подтвердила заявленный центром Форд процент излечения – 75 %. Алкоголизм стал не просто приемлемым – он стал модным. В телешоу и фильмах[572] – например, «В трезвом уме и твердой памяти» 1988 года с Майклом Китоном – охотно рассказывали истории людей, которые победили эту болезнь с помощью 12-ступенчатой программы. Членство в АА в США и Канаде возросло с почти 200 000 в 1970 году до почти полумиллиона в 1980-м и почти миллиона в 1990-м[573]. Самые преданные адепты считали АА утопическим движением, которое изменит мир. Как было написано в одном из журналов для выздоравливающих алкоголиков: «Нам выпала привилегия участвовать в зарождении волнующих перемен в мышлении человека в эпоху всемирного кризиса. 12-ступенчатые программы, ставящие на первое место духовную составляющую жизни, процесс, а не результат, равенство, а не иерархию, – главная надежда на исцеление для нас самих и для всей планеты»[574]. Всего этого ажиотажа не возникло бы, если бы не Марти Мэнн.

После принятия закона Хьюза в 1970 году Мэнн продолжала неустанно трудиться и безостановочно выступать перед публикой[575] вплоть до своей смерти в 1980 году. Два года спустя опрос, проведенный Институтом Гэллапа, зафиксировал самое большое за всю историю число американцев, считавших, что алкоголизм – это болезнь: около 80 %[576] (в конце 1940-х и начале 1950-х эта цифра составляла около 20 %). Однако терапевтический подход и метод взаимопомощи, которые пропагандировала Мэнн, плохо увязывались с медицинским языком.

Представление об алкоголизме как о болезни Мэнн не считала своей заслугой, она приписывала это АА. По ее собственным словам, это откровение поразило ее, когда она впервые читала раннее издание «Большой книги»: «Я была не единственным в мире человеком, кто действовал и чувствовал себя таким образом! Я не была сумасшедшей или порочной – я просто была больна! Я страдала от реальной болезни, у которой имелось название и симптомы, как у диабета, рака или туберкулеза, а болезнь дает вам право на уважение вместо клейма безнравственности»[577]. Однако в этом рассказе присутствует доля

ревизионизма. В первоначальном тексте, который она читала в 1939 году, слово «болезнь» (*disease*) используется только один раз, причем в контексте «духовной болезни». В тексте встречаются другие околомедицинские термины, такие как «недуг» (*sickness*) и «заболевание» (*illness*), однако физический аспект всегда подчинен духовному, если не полностью вытеснен им: так, алкоголизм назван «заболеванием, которое может победить лишь духовный опыт». Весь смысл учения АА заключается в прагматическом сочетании, гибком балансе между физическим, психическим и духовным аспектами, в том, что Уилсон называл «тройственной природой» алкоголизма[578]. В традиции взаимопомощи зависимость часто рассматривается как одно из проявлений более широкой проблемы: на собраниях часто повторяется фраза «Я пришел из-за пьянства, а остался из-за способа мышления», и по сути своей все тексты АА стремились представить принципы движения открытыми для личной интерпретации и старались не отдавать приоритет какому-то одному из объяснений алкоголизма.

Как пишет один из биографов Уилсона, философия АА строилась на «оттачивании отношений между духовным и мирским»[579], и сам Уилсон всегда делал сознательный и обдуманный выбор в пользу баланса между этими двумя аспектами. Хотя «Большая книга» действительно призывает своих читателей найти «высшую силу», в целом она скорее преуменьшает вклад религии в идеи АА. Сам Уилсон не слишком акцентирует внимание на своем «прозрении» и даже не упоминает названия Оксфордской группы, однако подчеркивает роль таких философов, как Уильям Джеймс и Карл Юнг, в интеллектуальной составляющей движения. Что характерно, он также избегает полной медикализации алкоголизма. Тексты АА обходят этот вопрос стороной, описывая алкоголизм скорее как «недуг». В одной речи 1960 года Уилсон объясняет свое нежелание привязывать алкоголизм к какому-то одному аспекту следующим образом: «Мы в АА никогда не называли алкоголизм болезнью, потому что технически это не какая-то одна болезнь. К примеру, не существует такой вещи, как „болезнь сердца“, а есть множество различных нарушений работы сердца или их сочетаний. Примерно так же дело обстоит и с алкоголизмом»[580].

Мэнн, напротив, настаивала на том, что алкоголизм является известной, четко выявленной и единой научной сущностью[581] (довольно смелое утверждение, которое мы не можем полностью подтвердить даже сегодня, 70 с лишним лет спустя). В поддержку этого утверждения она проводила аналогии с другими болезнями – например, с туберкулезом, диабетом или раком, – и конкретные примеры таких сравнений довольно красноречивы. С ее точки зрения, наиболее близким аналогом был туберкулез: его возбудителем является известная бактерия, он опознается по ряду известных симптомов, отличающихся от нормы, и поддается лечению общепризнанными методами. Таково обычное представление о болезни, ее микробиологическая модель, описывающая известные причины и способы лечения: она либо есть у вас, либо нет. Однако сегодня мы знаем, что с большинством болезней все обстоит не так однозначно. На развитие диабета, к примеру, влияет множество разных факторов: диета, ожирение, генетика и аутоиммунные нарушения. Граница между диабетиком и здоровым человеком[582] не то чтобы очевидна: на самом деле ее еще предстоит провести специальным комитетам, которые дискутируют о соответствующем уровне глюкозы и прочих биомаркеров крови. Рак, в свою очередь, возникает в результате пересечения множества молекулярных и генетических факторов, и наш организм ведет неустанную работу по обнаружению и устранению предраковых состояний. Чем больше мы узнаем о современных заболеваниях, тем меньше они укладываются в вышеописанную модель, согласно которой болезнь представляет собой дискретную и ограниченную сущность, и тем больше предстают как сложные, высокофункциональные, взаимодействующие друг с другом системы. Но для Мэнн алкоголизм как такая дискретная сущность был ядром ее идентичности; принципы АА оказали на нее сильнейшее влияние и стали фундаментом ее идентификации как члена нового племени. Ее движение, по крайней мере в его изначальном виде, не оставляло места для плюрализма.

Что примечательно, в своих личных взглядах – в тех, которыми она делилась с товарищами по АА, – Мэнн не слишком верила в аналогии с болезнями и даже сомневалась, что медицина вообще может помочь. В 1945 году, вскоре после основания организации, которая со временем превратилась в НСА, ей написал один из членов АА, высказав

опасение, что ее кампания слишком сосредоточена на медицинском аспекте, что противоречит духовной направленности АА. Вот что она ответила: «Я сама как анонимный алкоголик до мозга костей не очень-то верю, что клиники или любые другие медицинские или психиатрические учреждения, могут излечить большое количество „алкашей“ (хотя мне известны такие случаи, так что это возможно), но я верю, что среднестатистический человек скорее обратится в клинику, чтобы справиться с тем, что его беспокоит, нежели в такую неформальную организацию, как наша. Кроме того, я убеждена, что само наличие клиники поможет донести до непосвященных идею, что алкоголизм является болезнью, которую нужно лечить, а не скрывать и наказывать»[583].

Таким образом, медицинский язык был для Мэнн способом внушить надежду, привести людей на путь выздоровления, а прежде всего, возможно, изменить общественное отношение. Центры информации об алкоголизме, открытые НСА, должны были «проникнуть глубоко на вражескую территорию, разбить единый фронт предрассудков и создать плацдарм надежды для людей, оказавшихся в плену этих предрассудков, – алкоголиков и их семей». Свою главную задачу она видела в том, чтобы возвести мост через «непроходимое болото: ничейную землю невежества, страха, суеверий и стигматизации»[584].

И все же есть что-то наивное в ожиданиях, что использование медицинского языка поможет уменьшить стигматизацию, учитывая, как часто болезни сопровождались осуждением[585]. Вспомним множество стигматизированных описаний туберкулеза в литературе, начиная с эпохи романтизма и заканчивая «Волшебной горой», и не случайно Акира Куросава в фильме «Пьяный ангел» 1948 года использует туберкулез и алкоголизм как символы заразы, то есть американской оккупации Японии. Современные исследования также подвергают сомнению тезис о том, что медицинский язык уменьшает стигматизацию. Существует несколько исследований, которые показали, что параллельное существование двух взглядов на алкоголизм – бинарной модели болезни и модели континуума – мешает людям распознать собственные проблемы с алкоголем[586]. В другом исследовании говорится, что вера в то, что зависимость является болезнью, повышает риск рецидива[587]. Медицинский язык часто

становится ключевым элементом «кампаний против стигматизации» зависимости и различных психических состояний – к примеру национальной кампании в поддержку психических больных, проходившей под лозунгом «Точно такая же болезнь» (A Disease Like Any Other)[588], – но недавние исследования выявили, что такой подход прискорбно неэффективен и даже контрпродуктивен и в некоторых случаях усиливает стигматизацию. Когда я спросил Кита Хэмфриса, психолога и старшего советника администрации президента Обамы по наркополитике, о ходе кампании по уменьшению стигматизации, он кратко охарактеризовал ее как «полный провал»[589].

Отношение к зависимости – это вопрос жизни и смерти. Признание, что она алкоголик и ей больше никогда нельзя пить, спасло жизнь Марти Мэнн, по ее собственному признанию. Многим другим ее современникам внушали, что они могут излечиться от пьянства, укрепить свою силу воли и научиться пить как джентльмены[590], – и это приводило к срывам с совершенно немыслимыми последствиями. Когда я в 2019 году принимал участие в конференции Американского общества лечения зависимости, я прослушал доклад писателя и активиста Дэвида Шеффа, автора книги «Чудесный мальчик» («Beautiful Boy»), в котором он рассказал, что представление о зависимости как о болезни помогло ему перестать винить своего сына Ника и найти для него подходящее медицинское лечение, – в точности как надеялись предыдущие поколения активистов.

Однако в начале 1980-х, когда я родился и антиалкогольный бум был в самом разгаре, мои родители обращались за традиционным амбулаторным лечением алкоголизма и получили отказ, потому что не согласились признать, что их проблема носит медицинский характер. Особенно эта идея не нравилась моей матери. Она была не из таких. Она заведовала кафедрой у себя в университете. Она с нуля создала программу докторантуры. Даже будучи совсем маленьким, я понимал, что у нее не все в порядке: она садилась пьяной за руль, периодически отключалась, у нее бывали скачки настроения. Но когда я стал старше и пытался поговорить с ней о ее проблемах, мне не удавалось пройти дальше ее самой главной отговорки: «Не я тут алкоголик – посмотри на отца!» Болезнь была у него. А она была не такой.

Восемь. Наркотики плохие и хорошие

Уильям Берроуз был близок к отчаянию. Его гарвардский лоск почти сошел из-за постоянного злоупотребления опиоидами, и ни один врач в Нью-Йорке больше не соглашался выписать ему рецепт. Он пытался подделывать их, но быстро попался, хотя и отделался относительно легким обвинением. Он пытался воровать у пьяниц, которые лежали в отключке на станциях подземки, но он был невысокий и худосочный, еще со времен школы-интерната предпочитал проводить свободное время за чтением Бодлера, а не в занятиях спортом, так что после того, как ему чудом удалось избежать побоев, пришлось отказаться и от этого плана. Он пытался отказаться от дурной привычки, но в итоге постоянно срывался на героин. Пытался стать дилером, чтобы обеспечить дозы самому себе, но федеральные агенты вскоре подобрались совсем близко[591].

Дело было в Нью-Йорке в 1947 году – если можно так выразиться, откровенно неудачное время, чтобы впасть в героиновую зависимость, было откровенно неудачное. Приблизительно с 1920-х по 1960-е в общественном мнении доминировали прогибиционистские, антинаркотические настроения[592]: строгие правоприменительные практики, жесткие меры пресечения, а главное – никаких программ лечения. В 1915 году, спустя всего несколько дней после принятия закона Гаррисона, дядя Уильяма, Гораций[593], наркоман со стажем, покончил с собой с помощью осколка стекла в меблированных комнатах в Детройте: он предвидел, что вскоре таким, как он, перекроют доступ к наркотикам, будут подвергать травле и сажать в тюрьму. И вот прошло несколько десятилетий, героиновая зависимость Уильяма достигла кульминации, и у него практически не осталось вариантов. Одним холодным январским утром 1948 года он доехал на машине от Нью-Йорка до Цинциннати, там сел на поезд до Лексингтона, штат Кентукки, где находилась Федеральная клиника по лечению наркозависимости[594], также известная как Нарко.

Нарко представляла собой огромную, тюремного типа больницу, территория которой занимала несколько тысяч акров полей в Кентукки. Даже те, кто побывал в тюрьмах Райкерс и Синг-Синг,

поражались ее размерам. По дороге туда нужно было миновать многие мили коровьих пастбищ, свинарников, посевных полей и фруктовых садов, а потом на горизонте появлялось гигантское главное здание, раскинувшееся на 12 акрах[595], над которым зиккуратом вздымалась центральная башня в стиле ар-деко, многоэтажные корпуса тянулись сколько хватало глаз, окружая внутренние дворы, достаточно просторные, чтобы вместить теннисные корты и поля для софтбола.

Берроуз не планировал задерживаться надолго, ему просто требовался небольшой детокс и отдых от преследований со стороны правоохранительных органов. Как только ему прекратили давать дозы, смягчавшие синдром отмены, он взял такси до Лексингтона, оттуда добрался поездом до Цинциннати и начал скупать в аптеках парегорик[596] (болеутоляющую опиумную настойку, которая продавалась без рецепта). Однако для многих других Нарко стала островком гуманности, оазисом надежды посреди страны, одержимой суровыми наказаниями за преступления, связанные с наркотиками. Кроме того, она служила прибежищем врачам и исследователям, которые верили в более сострадательное лечение зависимости, и местом встреч и обмена мнениями для тех немногих профессионалов, которые пытались применить к зависимости новые отрасли знания: нейрофизиологию и бихевиоризм. Здесь медики и ученые лучше узнавали пациентов с зависимостью и понимали, что они не просто сломленные вместилища порока, а исполненные благих намерений люди с богатой внутренней жизнью.

Впрочем, работы того времени зачастую лишь способствовали углублению пропасти между наркотиками хорошими и плохими, а следовательно, между правильными и неправильными потребителями. Чрезмерно упрощенное представление о зависимости, сформированное под влиянием предрассудков того времени, делало людей слепыми к опасностям, которые таились на «хорошей» стороне этого разделения. В результате усиливались неравенство и дискриминация, от которых страдали зависимые люди по всему спектру – от самых маргинальных до самых привилегированных.

Первым директором Нарко был Лоуренс Колб, неравнодушный к общественному здравоохранению психиатр, проводивший важные исследования по «сывороточной» теории наркозависимости в

Национальной санитарно-гигиенической лаборатории в Вашингтоне (предшественнице Национальных институтов здравоохранения). Эта сывороточная теория[597], популяризированная отчасти Чарльзом Таунзом, гласила, что глубинной причиной зависимости является иммунологическая реакция крови, то есть в основе ее лежит нарушение физиологических механизмов, однако исследования Колба решительно ее опровергли[598].

Колб был не только блестящим ученым, умеющим нестандартно мыслить, но и человеком, который всего добился сам и в своей работе придерживался строгого морального кодекса. Он родился в бедной семье[599] одним из 15 детей и не окончил среднюю школу, однако сумел пробиться в медицинский университет, где поначалу едва не был отчислен, а в итоге закончил третьим по успеваемости в своем выпуске. Когда работа на Национальную службу здравоохранения привела его в Вашингтон, где ему поручили изучение зависимости[600], лабораторными исследованиями он не ограничился и вскоре затеял масштабный проект, в рамках которого путешествовал от Мэна до Алабамы и беседовал с самими зависимыми, их семьями и их врачами. В то время господствовал стереотип об опустившихся наркоманах, но Колб, к своему немалому удивлению, выяснил[601], что многие из тех, с кем он общался, жили вполне сносно и даже прекрасно, по крайней мере пока им удавалось получать регулярные поддерживающие дозы опиоидов, таких как морфин или опиум. Кроме того, Колб узнал, что употребление наркотиков служит разным целям: например, они могут быть источником новых ощущений или облегчать эмоциональные проблемы.

В 1925 году Колб опубликовал серию очень влиятельных статей, в которых озвучивал вывод, что зависимость вызывается глубинными психологическими проблемами и дело вовсе не в том, что коварный наркотик физически порабощает человека. В частности, он предполагал, что людей с зависимостью тянет к употреблению наркотиков из-за долговременных личностных проблем. В наши дни язык, которым он выражается, звучит грубовато: по его словам, людей с зависимостью толкает на употребление наркотиков «извращенная личность»[602], что они «неполноценные, стремящиеся казаться нормальными людьми», и попросту «психопаты». Однако в эпоху

жесткого преследования наркотиков модель Колба была гуманной и сострадательной. Его ключевой аргумент состоял в том, что люди с зависимостью становятся такими не по своему собственному выбору и не потому, что они грешники или опасные преступники, а потому, что у них имеются глубинные психологические проблемы.

Сегодня мы знаем, что не существует какой-то одной «аддиктивной личности». Десятилетия исследований показали, что нет устойчивого набора личностных черт или защитных механизмов, которые отделяют людей с зависимостью от всего остального общества. Самоуверенность и импульсивность могут говорить о предрасположенности к зависимости[603], но о ней же могут говорить и противоположные черты – тревожность и нерешительность.

Сосредоточившись на личности, Колб последовал важному тренду в психологической науке первой половины XX века. В начале своей карьеры Колб учился в Психиатрическом институте штата Нью-Йорк и занимался проверкой иммигрантов на острове Эллис[604]: в то время возник большой интерес к применению тестов интеллекта и других психологических тестов для проверки иммигрантов. Однако эти исследования, равно как и аналогичное психологическое тестирование солдат в Первой мировой войне, показали, что простого измерения интеллекта недостаточно[605], чтобы выявить психические нарушения. Поэтому Колб и некоторые другие исследователи занялись поискам иных путей определения стабильных психических черт, и организующим принципом их исследований стало формирующееся понятие личности. Исследования в лаборатории Колба показали также, что поиск биологических причин зависимости потерпел неудачу, и в результате в 1920–1930-х годах многие теоретики медицины стали формулировать теории зависимости как личностной проблемы[606].

Благодаря своим исследованиям Колб был назначен директором Нарко, открытие которой в 1935 году ознаменовало «новую жизнь для наркозависимых». Колб без устали работал над тем, чтобы превратить Нарко в терапевтическое учреждение, основанное на принципе сострадания, и для начала настоял, чтобы обитателей Нарко называли «пациентами», а не «заключенными»[607]. Одним из элементов программы была групповая психотерапия, однако главный принцип лечения заключался в том, чтобы поместить пациентов в целостную

среду. Некоторые пациенты вставали до рассвета, чтобы доить коров, разделывать свиные туши, прессовать сено или ухаживать за полями с капустой и помидорами; другие шили униформу, убирались или служили помощниками технического персонала: рентгенологов или электриков. У них были дорожки для боулинга, бильярдные и волейбольные площадки. Пациенты проходили курсы творческого письма, живописи и джаза. В фильме «Человек с золотой рукой», вышедшем в 1955 году, герой Фрэнка Синатры возвращается после шести месяцев реабилитации в Нарко в полном восторге: «Лучшее место на свете. Игры с мячом, отличная еда, я даже научился играть на барабанах». Один пациент, переведенный туда из обычной тюрьмы, восхищается в газетном интервью: «Это слишком хорошо, чтобы быть правдой»[608]. Однако в других репортажах клинику высмеивают как «тюрьму в загородном клубе» и «многомиллионную ночлежку для наркоманов»[609].

Для врачей и исследователей Нарко тоже была особенным местом. Даже в 1960-х практически все ведущие американские исследователи зависимости начинали свою карьеру там, и почти все важные научные и медицинские достижения в области зависимости связаны с этим учреждением: открытие опиоидных рецепторов, использование метадона и бупренорфина в лечении зависимости, выделение антагонистов опиоидов, таких как налоксон (активный ингредиент «Наркана» – препарата, применяющегося при передозировке опиоидами). Впрочем, в течение всего этого репрессивного периода ключевыми игроками наркополитики были не медицинские, а правоохранительные учреждения, в частности Федеральное бюро по борьбе с наркотиками (ФБН), которое с 1930 года в течение 32 лет возглавлял деспотичный Гарри Анслингер. В нем удивительным образом сочетались космополит, обаятельный бывший дипломат и злобный, твердолобый, неулыбчивый и бескомпромиссный борец с наркотиками. Ближе к концу карьеры он однажды с восхищением заявил, что «нацистский режим держал наркоманов в ежовых рукавицах и в целом неплохо контролировал ситуацию»[610].

Целеустремленность Анслингера не уступала его политической проницательности. Когда он встал во главе ФБН, каннабис не был в списке приоритетов, однако он быстро понял, что в обществе существуют сильные прогибиционистские настроения против этого

наркотика, усиленные и подкрепленные расизмом по отношению к мексиканцам. Начиная с 1910-х годов беженцы, спасавшиеся в США от хаоса и ужасов Мексиканской революции[611], уже на границе, на станциях приема иммигрантов вроде Эль-Пасо сталкивались с тем, что их обливают бензином, их одежду пропитывают опасным пестицидом «Циклон Б», а затем по всей стране подвергают травле и линчеванию. Мексиканские рабочие ассоциировались у людей с каннабисом, и на волне всеобщих антимексиканских настроений врачи, поддерживавшие политику прогибиционизма, а также полицейские власти юга и запада страны начали агитацию за ужесточение контроля над каннабисом[612]. Когда Анслингер осознал потенциал[613] этих взаимоусиливающих расистских и антинаркотических предрассудков, он воспользовался ими, чтобы значительно расширить полномочия своей организации. С того самого момента он не упускал случая подчеркнуть связь между употреблением психоактивных веществ и расовыми стереотипами, а также между насилием, различными девиациями – и употреблением наркотиков.

Анслингер был настоящий мастер рассказывать страшилки о том, как наркотики вызывают неконтролируемую зависимость, влекут за собой насилие и преступность. Он не только без устали обрабатывал политиков и формировал наркополитику, но и принимал непосредственное участие в пиар-кампаниях, писал и публиковал душераздирающие статьи и книги, жестко цензурировал любые материалы, не исходящие из его офиса, и навязывал голливудским режиссерам сценарии об опасностях, связанных с наркотиками[614]. То была эпоха абсурдных антинаркотических фильмов, к примеру, в 1936 году вышла драма «Прокуренные мозги» («Tell Your Children»)[615], которая несколько десятилетий спустя прославилась под названием «Косяковое безумие» («Reefer Madness»). Фильм ярко живописует зловещие последствия того, что несколько старшеклассников решают попробовать каннабис: галлюцинации, автомобильная авария, суицид, изнасилование и даже убийство.

К немалому раздражению Колба и других профессиональных медиков Анслингер охотно использовал научный язык для своих страшилок о зависимости. (К примеру, он заявлял, что каннабис вызывает у потребителей «развитие после его приема приступов ярости, во время которых они по крайней мере на время, становятся

безответственными и склонными к совершению насильственных преступлений»[616].) Опираясь на работы Колба, он называл людей с зависимостью «психопатами», которых «создал заразный контакт с лицами, уже подверженными наркотической зависимости»[617]. Анслингер настаивал на том, что зависимость неизбежно возникает вследствие встречи фундаментально извращенной личности с фундаментально опасным наркотиком[618], поэтому борьбу с зависимостью нельзя отдавать на откуп только медицинским учреждениям. Единственным «лекарством» он считал запрет и полицейские органы: «Где есть суровые наказания, там нет зависимости»[619]. «Лучшее лечение от зависимости? Тотальная профилактика»[620].

Всю свою жизнь Колб оставался ярым сторонником терапевтического подхода и чем дальше, тем активнее работал над тем, чтобы развеять страхи о предполагаемых опасностях зависимости – вроде распространяемых активистами баек о том, что наркомания является «моральным и физическим бедствием»[621], угрожающим «существованию цивилизации, судьбам всего мира и будущему человеческой расы». Колб проводил тщательные, научно обоснованные статистические исследования, чтобы опровергнуть ложную информацию, которую распространяли эти «крестоносцы», постоянно преувеличивавшие число людей с зависимостью. Однако время работы Колба пришлось на эпоху, когда общественное мнение было на стороне прогибиционизма, и в конце концов он потерпел поражение. Позиция Анслингера одержала победу, что в 1940–1050-х привело к взрывообразному росту числа арестов и приговоров, выносимых за связанные с наркотиками преступления.

В 1940 году в Нарко приняли 682 новых пациента, в 1949 году это число составило 1600, а в 1950-м – более 2300[622]. (Что характерно, доля поступивших чернокожих пациентов выросла с 10 % в 1940 году до 30 % в 1950-м[623]. Количество пуэрториканцев и мексиканцев в клинике к началу 1960-х возросло с 1 до более 25 %.) Со временем Колб покинул учреждение, чтобы стать начальником Отдела психической гигиены Национальной службы здравоохранения[624] (позднее – Национального института психического здоровья), и после

его ухода клиника стала не только безнадежно переполненной, но и безнадежно карательной по отношению к пациентам. Один из пациентов того времени вспоминает: «Никто не получал никакого лечения. Мы не ходили на групповую терапию. Не ходили на индивидуальную терапию. Мы ничего не делали… не было никакой программы»[625]. Всего за несколько лет великолепное учреждение, стоявшее на переднем крае медицинской науки, превратилось в авторитарное заведение, единственной целью которого был тотальный контроль.

В 1953 году, несколько лет спустя после своего визита в Нарко, Берроуз опубликовал свою первую книгу – «Джанки». Это стало важной вехой в контркультурном переосмыслении слова *junkie* – «наркоман», новом понимании этого слова как знака принадлежности к определенному сообществу, сознательного восстания против буржуазной конформности; однако, хотя Берроуз явно испытывал сильное влияние авторов романтизма, таких как Кольридж, де Квинси и Бодлер[626], эта книга также была пронизана на удивление упрощенным представлением о зависимости.

Он писал, что джанк (опиоидные препараты, в частности героин) воздействует на тело совсем не так, как другие наркотики. «Употребление джанка вызывает необратимое изменение в клетках»[627], что приводит к возникновению «джанкозависимых клеток»[628]. Он считал, что джанк создает в организме некий дефицит и в результате человек уже не может нормально функционировать без регулярных поступлений новых доз джанка. Отмена джанка вызывает ломку. Такие размышления приводят Берроуза к одному из его самых знаменитых высказываний: «Если ты был джанки хоть раз, останешься таким навсегда».

В итоге Берроуз настаивал, что джанк уникален в своей способности формировать зависимость, в отличие от, например, кокаина: «А с кокаином нужна новая вмазка, как только действие спадает… Одна вмазка вызывает дикое желание повторить, поддержать кайф на прежнем уровне. Но когда кокс оказывается вне пределов досягаемости, сразу о нем забываешь. Привыкания к „Си“ не бывает»[629].

Берроуз просто повторял эти предрассудки вслед за некоторыми ведущими исследователями того времени, которые считали проблемы с кокаином и прочими стимуляторами лишь «психологической зависимостью». К примеру, два известных ученых отмечали, что «при отсутствии симптомов абстиненции в случае отмены едва ли можно говорить о том, что наркотик вызывает истинную зависимость»[630], и сам Лоуренс Колб писал в довольно влиятельной статье, что стимуляторы в действительности не аддиктивны[631]. Доминировавшие в то время предрассудки о хороших и плохих наркотиках находили свое отражение в подобных узких и основанных исключительно на биологии определениях зависимости.

В недрах гигантского здания Нарко находилась крошечная лаборатория[632] – единственная в мире лаборатория, посвященная исключительно изучению наркозависимости. К моменту открытия Нарко многие годы поисков биологических причин не принесли результатов – все эти детоксы, промывки, прочистки, патентованные курсы и инъекции не имели под собой никакого научного обоснования, и сама научная программа Нарко была построена на редукционистском идеале, поскольку клиника получила непосредственно от Конгресса задание найти научный метод лечения зависимости[633]. В частности, первая задача заключалась в том, чтобы создать обезболивающее, не вызывающее привыкания. Эта задача полностью отражала запретительный и карательный дух того времени: идея была в том, что если удастся найти альтернативу героину или морфину, которая сохранит все их болеутоляющие свойства, но не будет приносить эйфории и вызывать привыкания, то правоохранительные органы смогут решительно и окончательно ликвидировать опасные опиоиды[634]. Но для начала нужно было решить вопрос: как вообще можно измерить аддиктивность препарата?

Нейронаука развивалась не по дням, а по часам. Первые десятилетия XX века ознаменовались значительным прогрессом в этой области: в 1906 году Гольджи и Рамон-и-Кахаль получили Нобелевскую премию за открытие клеточной структуры нервной системы, чуть позднее были исследованы механизмы передачи нервных импульсов и некоторые другие механизмы работы головного мозга[635]. Начались исследования по визуализации работы мозга, и ученые разработали

электроэнцефалограф (аппарат ЭЭГ, который с помощью электродов, прикрепляемых к коже головы, записывает электрическую активность головного мозга). Одного из этих ученых пригласили в Нарко, «чтобы выяснить, что происходит в мозгах у наркоманов»[636]. Примитивных технологий, которые были в распоряжении ученых в 1930-х, оказалось недостаточно, чтобы найти удовлетворяющий их ответ, поэтому они обратились к иным инструментам: к методам недавно появившегося и активно развивающегося бихевиоризма.

«Сначала психология потеряла душу, затем ум, затем сознание, но у нее все еще остается поведение»[637]. Эти слова, написанные в 1921 году, описывают поворот психологии от гуманизма Уильяма Джеймса к бихевиоризму, идущему вразрез с традицией субъективизма в психологии[638]. Бихевиористы, к примеру Джон Бродес Уотсон, обещали миру «научную психологию», сводящую людей к механистическим внешним реакциям на наблюдаемые стимулы. Бихевиоризм снискал бешеную популярность в начале XX века[639] и до сих пор пользуется большим влиянием на определенные направления психологических исследований, в частности на исследования зависимости, которые долгое время занимались поиском простых механизмов стимулов и реакций, а также системы поощрения, которая отвечает за наркотическую зависимость.

Ученые, работавшие в лаборатории Нарко, искали простое бихевиористское объяснение сложному явлению, пытаясь разобраться в аддиктивных свойствах наркотиков. Они быстро пришли к выводу, что синдром опиоидной абстиненции – «ломка», сопровождающаяся повышенным потоотделением, жаждой и общим дискомфортом, – является лучшим научным показателем аддиктивности наркотика, «*sine qua non* зависимости»[640]. Первый директор этой научной лаборатории отмечал: «Мне сразу бросилось в глаза, что это очень и очень предсказуемый недуг: все происходит буквально по часам»[641].

Пациентов Нарко привлекали к этим исследованиям, обещая бесплатные наркотики – им не только вводили препараты в ходе экспериментов, но и «платили» морфином по завершении испытаний. В ходе серии экспериментов[642], отнюдь не отвечавших современным нормам научной этики, исследователи вводили пациентам опиоиды до тех пор, пока у них не развивалась толерантность, а затем прекращали

вводить для появления синдрома абстиненции[643] (позже им также стали давать препараты, блокирующие действие опиоидов). И пока пациенты корчились в мучениях, исследователи стояли рядом с блокнотами и добросовестно фиксировали все внешние признаки наркозависимости и абстиненции минута за минутой: частота сердцебиения, зевота, потливость, мышечные судороги, гусиная кожа, диарея и даже спонтанные оргазмы. Для измерения болевых ощущений ученые прикладывали к коже пациентов раскаленный металл или пропускали электрические разряды через их зубы, прося их дать количественную оценку и сравнить ощущения.

Результаты этих безжалостных опытов оказались в некотором смысле полезными, поскольку подтвердили, что опиоидная абстиненция является реальным физическим явлением: еще в 1940-х велись дискуссии о том, что это психогенный феномен («все в голове»). Однако многие клинические работники, как и сторонние наблюдатели, приняли открытие «синдрома опиоидной абстиненции» слишком близко к сердцу и решили, что физическая зависимость полностью приравнивается к аддикции. По их мнению, зависимость состояла исключительно в развитии толерантности и абстиненции, то есть сложный и многоаспектный феномен зависимости сводился исключительно к физиологическим механизмам, лишенным всякой субъективности.

Объяснять все аддиктивное поведение исключительно толерантностью и абстиненцией – чрезмерное упрощение. Да, ломка может вызывать очень сильный дискомфорт и даже служить важным фактором рецидива, но это лишь один из многих факторов. Многим людям для преодоления зависимости нужен не только детокс – на самом деле сама по себе детоксикация без дальнейшего лечения может даже повысить риск передозировки и летального исхода по сравнению с продолжением обычного употребления[644]. Проводить границу между «психической» и «физиологической» зависимостью в корне неверно[645], особенно в свете того, что так называемая психологическая зависимость долгое время считалась «ненастоящей», что часто играло на руку рыночным силам и власть имущим.

Тем не менее в 1950–1960-х и исследователи, и правоохранительная система, и общественное мнение очень быстро приняли на веру представление о толерантности и абстиненции как краеугольных

камнях зависимости. Когда полицейские арестовывали человека, подозреваемого в наркомании, ему давали «проверочную» дозу опиоидного антагониста «Наллина»[646], и если у него начиналась абстиненция, то его признавали наркоманом. На долгие годы – как минимум до середины 1970-х – исследования и клиническая практика были загнаны в эти жесткие рамки, и даже в 1976 году Американское общество лечения зависимости определяло алкоголизм как «толерантность и физическую зависимость, либо патологические изменения в организме, либо и то и другое»[647].

И в контркультуре, которую представлял Берроуз, и в науке, которую представляла лаборатория Нарко, главным символом наркомании были опиоиды, что в свою очередь вело к следующему постулату: зафиксированные физические признаки и следствия употребления опиоидов суть единственные научно значимые факты о зависимости. Это было опасное допущение, поскольку отвлекало внимание медицинских работников, политиков и широкой публики от реального ущерба, наносимого другими веществами. Что было особенно недальновидно, учитывая относительно недавнюю историю с кокаином.

В апреле 1884 года Зигмунд Фрейд занимался исследованиями по анатомии нервной системы в Венской городской больнице, изучал нервные клетки рачков и собирался строить академическую карьеру, однако неожиданно наткнулся на новую «волшебную субстанцию» – кокаин. Он начал принимать этот наркотик, чтобы лучше писались научные статьи, а кроме того, он пытался применить его для лечения морфиновой зависимости своего близкого друга Эрнста фон Флейшль-Марксова. Препарат другу понравился[648], особенно когда выяснилось, что он позволил впервые за долгое время снизить дозу употребляемого им морфина, и он посоветовал Фрейду как можно скорее опубликовать результат их эксперимента. Так Фрейд написал статью «О коке» («Über Coca») – свою первую серьезную научную работу, восторженный рассказ об истории и фармакологии кокаина, опытах на животных и воздействии на организм здорового человека.

Это вполне ясный и здравый текст, однако в последнем разделе, где Фрейд предлагает использовать кокаин в качестве лечения пищеварительных расстройств, астмы, импотенции, истерии,

ипохондрии, меланхолии и, разумеется, морфиновой зависимости, он несколько теряет берега. Немецкоязычное медицинское сообщество раскритиковало Фрейда за его наивность и недооценку рисков зависимости. (Выдающийся немецкий врач Фридрих Эрленмейер заявил[649], что лечить морфиновую зависимость кокаином – все равно что призывать Вельзевула для изгнания Сатаны.) Как и следовало ожидать, спустя всего три месяца Флейшль-Марксов пристрастился к кокаину и стал принимать по меньшей мере грамм за раз, что часто приводило к галлюцинациям и психозам, а вдобавок он вернулся к высоким дозам морфина – это один из первых известных случаев употребления «спидболов», то есть полинаркотических смесей. Он умер в 1891 году в возрасте 45 лет, после семи лет страшных мучений. Фрейд, испытывавший чувство вины, до конца жизни держал фотографию своего умершего друга на стене кабинета[650], рядом с портретом Александра Македонского и приписываемой Августину Блаженному цитатой, о которой рассказал ему Флейшль-Марксов: «Если сомневаешься, воздержись».

В последующие годы врачи Европы и США один за другим пришли к заключению, что кокаин не волшебный препарат, а один из самых аддиктивных наркотиков. Однако его еще какое-то время продолжали использовать в медицинских целях, и история Фрейда иллюстрирует, как легко можно недооценить вредное воздействие препарата, если он воспринимается как лекарство. Сам Фрейд продолжал употреблять кокаин в больших количествах до конца 1890-х: он оправдывал это жестокими головными болями и «дисграфией» (проще говоря, тем, что ему не писалось). В письме к другу Вильгельму Флиссу он признается, что ему трудно контролировать употребление: «Мне нужно много кокаина… Мучения большую часть времени нечеловеческие»[651].

После «квазиинтервенции» в кабинете Сандры я старался соблюдать осторожность. Я начал раньше ложиться спать. Я на какое-то время даже стал меньше пить, но при этом не знал, куда себя деть. Пьянство стало важной частью моей идентичности. Оно привносило в мои будни некоторую стабильность и упорядоченность, делало мое психическое состояние предсказуемым.

Чтобы заполнить образовавшуюся пустоту, я взял на себя множество новых обязательств и вписался в исследовательские проекты: мне

казалось, что научная деятельность вполне сойдет за альтернативный объект зависимости. Кроме того, меня волновали деньги: я просадил все, что у меня было, на жилье в модном Вест-Виллидже на Манхэттене, так что пришлось найти себе подработку редактором в журнале. Очень скоро я начал вставать в пять утра, пытался писать, потом кое-как отрабатывал день в больнице, но даже тяжелая работа не могла угомонить голос внутри. Я не мог избавиться от чувства, что делаю недостаточно. Что мне не светит стать авторитетным ученым. Я был на мели, писал никому не интересные статьи по биоэтике и едва справлялся с ординатурой. Чем больше я старался, тем хуже у меня получалось. Мне следовало работать усерднее, быть лучше, найти способ стать особенным.

Примерно в то время я стал принимать все больше «Аддералла», чтобы как-то справляться со всем, что я на себя взвалил. В глубине души я осознавал, что это нездоровые нагрузки, что не стоит так накачиваться амфетаминами, просто чтобы вытянуть ту жизнь, которую я создал собственными руками, но я принимал препарат согласно инструкции, мне хватало предписанных рецептом доз, и я убеждал себя, что все нормально.

Постепенно я начал возвращаться к пьянству, однако обнаружил, что «Аддералл» помогает и здесь. Если я напивался посреди недели, таблетка «Аддералла» на следующее утро снимала похмелье и компенсировала вялость моего ума. Я просыпался, принимал таблетку, ненадолго отключался и затем просыпался уже окончательно. Если под вечер у меня кончались силы, еще одна таблетка приводила меня в чувство. Это был постоянный поиск баланса.

Но, как бы то ни было, мне удалось дотянуть до осенних каникул в ординатуре – драгоценных двух недель отдыха. Я планировал автопутешествие к Восточному побережью, где жили мои друзья. Я заранее окрестил эту поездку «Пьяный ноябрь», и это говорит о том, насколько я не осознавал своих проблем. Я решил продолжить практику уравновешивания алкоголя стимуляторами: таблетка «Аддералла» тут, таблетка там, а если слишком разгонюсь – всегда можно притормозить, пропустив еще пару рюмок. К тому времени, как я доехал до Делавэра, я уже разваливался на части. Мой организм накапливал свидетельства, которые чем дальше, тем труднее было игнорировать. Однажды я отключился в горячей ванне в полном

одиночестве, в другой раз потерял ключ в бассейне и нырял туда снова и снова, пытаясь на ощупь найти белый ключ на белом же дне, расцарапав при этом лицо так, что на носу появилась большая кровоточащая ссадина. Ключ я в конце концов нашел и даже нашел свою комнату после того, как перепробовал кучу дверей в куче коридоров, – к счастью, никого не застав в номере. Позже, в Северной Каролине, я обнаружил у себя на спине глубокую рану – и понятия не имел, откуда она взялась. Принимать «Аддералл», чтобы сосредоточиться на работе, как предписывал рецепт, мне больше было не нужно, однако я все равно принимал одну-две таблетки в день – по крайней мере, так мне казалось, хотя я уже не считал. Я решил: хуже ведь не будет?

После недели с лишним буйных загулов и жесточайших недосыпов я вдруг начал сам просыпаться в шесть утра, переполненный энергией. Я импульсивно купил обратный билет на самолет до Нью-Йорка на ближайший рейс, хотя это было чересчур дорого для меня. Бдительная часть меня начала догадываться, что что-то не так. Я стал каким-то чересчур деятельным. Но эта часть меня не контролировала ситуацию, а другая часть решила, что я переживаю духовное пробуждение. Сидя в грохочущем поезде по дороге из аэропорта Ла-Гуардия, я благостно оглядывал других пассажиров и одарил одну несчастную дикой улыбкой до ушей.

В середине 1940-х Аллен Гинзберг познакомил Берроуза с Джоан Воллмер, остроумной и талантливой писательницей из «разбитого поколения», принадлежавшей к их компании в Гринвич-Виллидж. Ей предстояло стать женой Берроуза. В плане наркотиков у нее были свои предпочтения: она больше любила амфетамины, к которым ее пристрастил Джек Керуак и которые без проблем можно было достать в аптеке в форме «Бензедрина». В 1946 году ей выпала сомнительная честь стать первой женщиной – пациентом больницы «Белвью»[652] в связи с амфетаминовым психозом: она поступила на лечение, вся покрытая ранами, с галлюцинациями о ползающих у нее под кожей червях и атомных испытаниях. Год спустя, спасаясь от выдвинутых против Берроуза обвинений за наркотики, они переехали в Техас[653] со своим новорожденным сыном Билли. Друзья, приезжавшие к ним в гости, наблюдали, как Билли голышом ползает по дому и

испражняется прямо на пол, а Джоан навязчиво кусает кожу на руке и ловит мелких ящериц на деревьях. Из-за новых обвинений против Уильяма Берроуза, который плотно сидел на героине, им пришлось покинуть страну, но по дороге Воллмер заехала в аптеку в Хьюстоне, чтобы закупиться своим любимым наркотиком.

То было время повального увлечения стимуляторами, наподобие амфетаминов, и новыми медицинскими препаратами в целом. На протяжении значительной части XX века то и дело появлялись новые рецептурные препараты, которые массово продавали населению как безопасные, однако это быстро приводило к нежелательным последствиям. В каком-то смысле это продолжается до сих пор. Никто не видел очевидных опасностей – это было всеобщее слепое пятно, возникшее отчасти как следствие предрассудков об опиоидных «наркоманах», отчасти в результате целенаправленных маркетинговых стратегий и отчасти на эффекте «медового месяца», случавшегося каждый раз, когда обществу представляли новый препарат. Однако на более глубинном уровне это отношение было пагубным последствием разделения наркотиков на плохие и хорошие.

Медовый месяц с кокаином недавно закончился, однако его место очень быстро занял новый стимулятор, как описывает в своей прекрасной и всеобъемлющей работе «На спидах» («On Speed») историк Николас Расмуссен. В 1920-х случился кратковременный бум на очищенные гормональные препараты, такие как адреналин и эфедрин, однако настоящий прорыв случился в 1929 году, когда молодой химик по имени Гордон Аллес ставил на себе эксперименты с целым рядом новых синтетических молекул со схожей химической формулой. В итоге Аллес наткнулся на загадочную молекулу, которая повысила кровяное давление, прочистила носовые проходы и подарила ему «практически бессонную ночь»[654]. Так он открыл амфетамин. Амфетамин и его производные быстро и весьма успешна взяла на вооружение фармацевтическая компания Smith, Kline & French (SKF): сначала его выпускали в виде бензедринового ингалятора против переутомления, а затем в виде таблеток с широким перечнем показаний, включая депрессию, алкоголизм, поддержание диеты и контроль массы тела.

Некоторые наблюдатели довольно рано обратили внимание на риск развития зависимости и пытались привлечь к нему внимание

общественности. В начале 1938 года в журнале Американской медицинской ассоциации (*Journal of the American Medical Association*) вышла очень серьезная статья, которая предостерегала от использования амфетамина при похудении, поскольку пациентам было трудно впоследствии отказаться от препарата. В другой работе говорилось, что амефетамин «эффективно» излечивает алкоголизм, но при этом сам становится объектом зависимости пациентов. Накапливались свидетельства немедицинского употребления бензендринового ингалятора: люди покупали его без рецепта и использовали просто ради кайфа. Известный джазовый саксофонист Чарли Паркер, прежде чем подсесть на героин, активно употреблял бензедриновые ингаляторы: один очевидец рассказывал, что после долгого вечернего концерта пластиковые баллончики устилали пол, словно снег[655].

И тем не менее все это время медицинская общественность была одержима опиоидами как единственным объектом зависимости: сам Лоуренс Колб считал, что стимуляторы вызывают только «психическую зависимость»[656]. Поэтому продажи стимуляторов не только не ограничивались, но даже росли. А потом их еще больше подстегнуло начало Второй мировой.

Долгие века употребление наркотиков ассоциировалось с военными действиями[657]. Солдатам в Месопотамии платили пивными пайками, в Древней Греции вино было напитком воинов, Бенджамин Раш сетовал, что солдатам дают слишком много рома, а баварским солдатам в конце XIX века выдавали чистый кокаин. Однако Вторая мировая стала первой войной, в которой широко употреблялись синтетические наркотики[658], производившиеся почти столь же массово, как военные самолеты и корабли. Немцы придумали использовать амфетамины в своем плане «Блицкрига» – молниеносной войны, – в том числе для того, чтобы пилоты пикирующих бомбардировщиков не теряли сознание при резкой потере высоты. Немецкие войска потребили 35 миллионов таблеток метамфетамина[659] всего за три месяца на самом пике «Блицкрига». Когда в обломках сбитых немецких самолетов на полях южной Англии обнаружились таблетки, силы Союзников сами начали применять стимуляторы. Вскоре армия США включила амфетамины в базовый

состав аптечки первой помощи. И хотя некоторые солдаты испытывали галлюцинации[660] и сражались с несуществующими врагами, американские солдаты возвращались домой влюбленными в новый наркотик, что породило новую послевоенную культуру, в которой идеализировалась энергия, скорость и драйв.

Что любопытно, американские солдаты употребляли гораздо больше амфетаминов, чем любые другие по обе стороны баррикад. Немцы и британцы гораздо быстрее признали опасности, связанные зависимостью[661]: уже в середине 1941 года немцы взяли амфетамины под строгий рецептурный контроль и выпустили заявление, что этот препарат грозит развитием зависимости, а вскоре после этого к аналогичным мерам прибегли и англичане. Американцы ничего подобного делать не стали. Одной из причин была свойственная американцам любовь к маркетингу и потреблению, а также соответствующее отношение к понятию зависимости.

После появления первых предупреждений об аддиктивности амфетаминов компания Smith, Kline & French начала применять все более сложные рекламные и маркетинговые стратегии, направленные на снижение опасений. Они словно создавали руководство, как запустить эпидемию употребления рецептурных лекарств. Шаг первый: начните агрессивную рекламную кампанию, чтобы расширить клиентскую базу. (SKF породила настоящий бум на бензедриновые ингаляторы, продвигая их как универсальное средство для лечения депрессии, болей, алкоголизма и ожирения.) Шаг второй: когда регулирующие органы и общественность начнут беспокоиться, выпустите в продажу новый препарат, который якобы защищен от злоупотребления, чтобы успокоить их. (SKF добавила в формулу бензедринового ингалятора краситель и жгучее вещество капсаицин, который не остановил массовое немедицинское употребление, однако на время успокоил законодателей.) Шаг третий, самый важный: спонсируйте ученых и клинических врачей, чтобы они говорили, что ваш наркотик не вызывает привыкания. (Врачи, получавшие финансирование от фармацевтической компании, утверждали, что любая так называемая зависимость от стимуляторов является виной пациентов, а не «фармакологического действия самих препаратов»[662].) Опираясь на модель аддикции как исключительно физической зависимости, они заявляли, что эти наркотики не

аддиктивны, так как не порождают абстинентного синдрома. В результате бензедрин стал одним из первых по-настоящему массовых наркотиков.

И другие были уже на подходе. Послевоенная эпоха стала для США эпохой изобилия[663]: растущий средний класс активно заселял пригороды и наполнял свои дома посудомоечными машинами, радиоприемниками, телевизорами и прочими атрибутами новообретенного богатства. И подобно тому как потребление всех этих благ считалось выполнением гражданского долга, рецептурные препараты всеми расценивались как потребительский товар. Фарм-компании массово рассылали своих «медицинских представителей» в кабинеты врачей. К началу 1950-х не менее 95 % всех визитов к врачу заканчивались получением рецепта, и оборот медицинских препаратов вырос с 300 миллионов до 3,2 миллиарда долларов[664] всего за два десятилетия. Эта динамика заложила фундамент для возникновения империи Purdue Pharma. Задолго до «Оксиконтина», еще в 1960-х, психиатр Артур Саклер довел до совершенства маркетинг «малых транквилизаторов» «Либриума» и «Валиума» (на основе бензадиазепинов, как позднее «Ксанакс)». Саклер изобрел ряд новых маркетинговых инструментов[665], к примеру выплаты исследователям, которые публично выступали с выгодными для компании заявлениями и искажали результаты исследований в рекламных целях, финансирование печатных изданий и даже якобы независимых тематических групп.

В фармацевтическом маркетинге имеются сквозные стратегические линии, которые привели нас к сегодняшнему состоянию медицинской практики, в особенности психиатрии, где медикаментозному лечению отдается явный приоритет. Медикаменты осязаемы, вещественны, понятны; они сулят тщательно выверенный, откалиброванный контроль над непокорным организмом. Общество страдает повторяющейся избирательной амнезией к тому факту, что самый большой ущерб – включая проблему зависимости – почти всегда наносили именно легальные, узаконенные препараты: морфин и кокаин в XIX веке, стимуляторы и седативные в середине XX столетия, опиоиды в совсем недавнее время и – на протяжении всей истории – алкоголь и табак.

Амфетамины избежали жесткого контроля отчасти потому, что были совсем не похожи на опиоиды и не вызывали абстинентного синдрома, который считался неотъемлемым условием зависимости в рамках принятого в то время редукционистского подхода. Что ж, в этом действительно заключалась разница между ними, хотя она скорее вводила в заблуждение, нежели помогала. Шло время, индустрия поддержания зависимости продолжала работать над углублением пропасти между плохими и хорошими, аддиктивными и безвредными наркотиками, и аргументы становились чем дальше, тем абсурднее – и к тому же опаснее.

Летом 1951 года в клинику Нарко для прохождения курса лечения от зависимости поступил врач средних лет. Поначалу казалось, что он не так уж плох: он сообщил, что ему удалось самостоятельно уменьшить дозу потребляемого кодеина, однако спустя всего час после поступления его вырвало и он весь покрылся потом. Вскоре у него начались галлюцинации, сильное сердцебиение, артериальное давление начало скакать, а температура поднялась до 41 градуса. Ошеломленные врачи применили к нему весь свой арсенал: влажные компрессы, эфедрин, инсулин, пенициллин, седативные, но надолго ничего не помогало. Шесть мучительных, бессонных дней спустя пациент скончался – судя по всему, от сердечного приступа. Лишь позже его жена рассказала врачам его реальную историю: он тайно пристрастился к секобарбиталу («Секоналу»)[666] и ежедневно принимал до 50 капсул этого мощного барбитурата.

Барбитураты стали еще одним хитом, успокоительным, как будто специально созданным для той эпохи, которую У. Х. Один назвал «Веком тревоги»: холодная война, страх перед атомной бомбой, мода на психоанализ – все это повышало субъективный уровень тревожности. Согласно одному из исследований того времени, половина городских жителей отмечала у себя клинически значимый уровень тревоги[667]. В такой обстановке приобрели огромную популярность барбитураты – класс препаратов, сопряженных с высоким риском передозировки и летального исхода. К концу 1940-х общее количество производимых и продаваемых барбитуратов составляло 24 дозы на душу населения в год[668]. В медицинских журналах и популярной прессе высказывались опасения по поводу

аддиктивности барбитуратов, однако, поскольку этот препарат был доступен главным образом белым и состоятельным потребителям[669], большинство исследователей и регулирующие органы списывали проблемы с барбитуратами на «привычку» и не расценивали их как настоящую зависимость.

В результате барбитураты долгое время избегали строгих ограничений – еще один яркий пример нелогичного разделения наркотиков на плохие и хорошие, особенно в свете представления о зависимости как о состоянии, при котором возникает ломка. Как и опиоиды, барбитураты приводят к развитию явной физической толерантности и абстинентному синдрому при отмене, причем даже более тяжелому, возможно летальному, как и случилось с вышеупомянутым пациентом Нарко. Некоторые ученые пытались привлечь внимание к этому факту и донести до общественности риск развития барбитуратной зависимости. Команда врачей не распознала истинную причину смерти пациента, однако Харрис Исбелл, тогдашний директор исследовательской лаборатории Нарко, еще за год до этого опубликовал статью о зависимости от барбитуратов, с первого предложения которой он настаивал на том, что «хроническая интоксикация барбитуратами представляет собой истинную зависимость – независимо от того, каково ее определение»[670]. Как следствие, некоторые активисты начали призывать к ужесточению контроля над оборотом барбитуратов, относя их к той же категории, что и морфин, и в 1955 году Конгресс провел расширенные слушания по этому вопросу. Сенаторам показали внушающие тревогу видеозаписи пациентов Нарко, страдавших от приступов агрессии и психозов, вызванных барбитуратной абстиненцией.

Тем не менее Конгресс не стал принимать решительных мер. Причина кроется в комментариях человека, который неожиданно оказался против ужесточения контроля, – Гарри Анслингера. Обычно он выступал за строгое регулирование оборота наркотиков, однако в данном случае решил, что затруднение доступа к барбитуратам вызовет недовольство у его потребителей – белых представителей среднего класса[671], принимающих препарат для снятия напряжения. Стоит упомянуть, что его горячо поддержали в этом фармкомпании[672], ведь практически все фармацевты, медицинские работники и представители фармацевтической промышленности были

заинтересованы в том, чтобы все оставалось как есть. Так что в итоге снова победила упрощенная концепция зависимости: этот термин решили оставить «наркоманам», неполноценным людям, у которых были совсем другого уровня проблемы.

На тот момент дискриминирующее по своей сути разделение наркотиков на плохие и хорошие слишком укоренилось, чтобы его можно было преодолеть. Определенные наркотики, которые именовались «фармацевтическими препаратами»[673], считались лекарствами, поэтому на их потенциальную вредоносность закрывали глаза. Другие наркотики называли «наркотиками» – на тот момент к ним относились в первую очередь опиоиды, кокаин и каннабис – и обращались с ними так, как будто они неизбежно вызывают зависимость, то есть стремились полностью запретить. Историк Дэвид Херцберг назвал такой ход рассуждений примером проблемной «медицинской вседозволенности». Панические расистские настроения начала XX века усилили ложную дихотомию между наркотиками, вызывающими привыкание, и фармацевтическими препаратами. Позднее эта дихотомия была закреплена в законе Гаррисона. Те вещества, которые назывались наркотиками, были запрещены, тогда как остальные, так называемые фармацевтические препараты, стали товарами на регулируемом рынке, доступном прежде всего белым представителям среднего класса. Но это оказалось палкой о двух концах, и по обе стороны этого разделения наносился значительный ущерб: с одной стороны были разрушительные и неэффективные войны против наркотиков, с другой стороны – отсутствие надлежащего контроля за оборотом препаратов. Рациональная наркополитика, учитывающая реальный вред, сумела бы найти баланс между превратно понятыми крайностями: по иронии судьбы ведомство Анслингера внесло свой вклад в сдерживание легальной торговли опиоидами среди белого населения в середине XX века, благодаря чему продажи оставались более или менее стабильными – но это была редкая удача, и долго она не продлилась.

Зато по сей день наши непоследовательные реакции на наркополитику отражают искаженное и неоднородное понимание зависимости: некоторые вещества мы признаем незаконными, другие – приемлемыми, а алкоголь и табак вообще не считаются наркотиками. Таким образом, пишет Херцберг, массовые посадки, с одной стороны,

и опиоидный кризис начала XXI века – с другой[674] были просто-напросто двумя сторонами одной медали, характерными проявлениями системы, которая работала в точности, как задумано: предоставляла доступ к фармацевтическим препаратам как привилегию одним людям и использовала обвинения в наркопреступлениях для контроля над другими.

Однажды в суровую зимнюю пору 1955 года великий джазовый саксофонист по имени Сонни Роллинз сел на поезд из Чикаго до Лексингтона, где явился пациентом в Нарко. Как и многие молодые музыканты, он впервые попробовал героин, подражая своему кумиру, Чарли Паркеру[675]. Однако теперь Сонни, которого некогда прочили Паркеру в наследники, лишился даже своего саксофона. Роллинз прожил в Нарко несколько месяцев, с нетерпением ожидая улучшения. В Кентукки наступила весна, склоны холмов усыпали цветы, и в один из этих прекрасных дней Сонни узнал, что его кумир умер в Нью-Йорке. Тело его было так обезображено последствиями употребления наркотиков, что коронер оценил его возраст в 55–60 лет[676]. На самом деле ему было всего 34.

Роллинз, Паркер и бессчетное число других стали жертвами послевоенного героинового кризиса, который особенно сильно поразил джазовую среду: Билли Холидей, Майлз Дэвис, Джон Колтрейн и многие другие знаменитости страдали опиоидной зависимостью. Один историк как-то подсчитал, что до 75 % исполнителей бибопа в 1940–1950-х экспериментировали с героином[677]. Джерри Маллиган, знаменитый саксофонист и аранжировщик, участвовавший в записи альбома Дэвиса Birth of the Cool, однажды сказал: «Что ни говори, это была настоящая мясорубка»[678].

На контрасте с попустительским отношением к «фармацевтическим препаратам» реакция правительства на героиновую эпидемию была максимально жесткой. Анслингер призывал к ужесточению судебных преследований, что напрямую препятствовало развитию движения взаимопомощи среди зависимых: Анонимные Наркоманы тогда только начинали свою деятельность[679], и их попытки саботировались постоянным полицейским наблюдением и даже агентами под

прикрытием, которые ходили на собрания. Анслингер участвовал в разработке закона Боггса от 1951 года и закона о контроле над наркотиками от 1956-го, которые стали кульминацией жесткого прогибиционизма: они вводили неоправданно долгие минимальные наказания за наркопреступления и даже, в определенных случаях, смертную казнь. К примеру, наказание по первому обвинению в употреблении и хранении каннабиса составляло от двух до пяти лет заключения и штраф в размере нескольких тысяч долларов[680].

Ужесточение контроля лишь подстегнуло социально-экономические факторы, лежавшие в основе эпидемии. Во время Второй великой миграции, пришедшейся на послевоенные годы, миллионы чернокожих американцев переселялись из южных штатов в поисках лучшей жизни, нормальной работы и спасения от законов Джима Кроу о расовой сегрегации, но повсюду – от Лос-Анджелеса до Чикаго и Нью-Йорка – чернокожим систематически отказывали в доступе к всеобщему изобилию. Дискриминирующая жилищная политика[681] вытесняла цветных «за красную черту», в неблагополучные городские районы, которые вскоре превратились во «внутренние города», или гетто. Чернокожим ветеранам не давали воспользоваться образовательными и жилищными возможностями, которые гарантировал закон о льготах для военнослужащих, а в жилищной политике дискриминация цветного населения происходила вплоть до уровня Федерального управления жилищного строительства. «Внутренние города» – этот термин появился как раз в то время – прозябали в нищете и безработице[682] и представляли собой идеальное сосредоточение потенциальных покупателей героина. После войны, когда восстановились торговые маршруты, потребление героина резко возросло, и вскоре он стал важнейшим товаром в скудной во всех остальных отношениях экономике гетто. Анслингер описывал ситуацию с уклоном в расизм, предполагая, что виноваты в ней сами чернокожие: «Рост составляет практически 100 % среди черного населения[683] полицейских округов, отмеченных самым низким социально-экономическим уровнем… Наркомания не возникает там, где дети происходят из хороших семей, где дом, церковь и школа действуют сообща». И единственным возможным ответом на проблему была, разумеется, очередная эскалация в войне против наркотиков.

В то же самое время свободное распространение фармацевтических препаратов причиняло немало вреда белым потребителям. Правоохранительные органы сосредоточили свои усилия на борьбе против каннабиса и героина, а потребление фармацевтических препаратов только росло. К концу 1940-х барбитураты успели стать главной причиной смертей от случайных отравлений[684] и отвечали почти за четверть всех госпитализаций в связи с отравлениями. И эта цифра продолжала расти на протяжении 1950-х и 1960-х. В 1962 году от передозировки барбитуратами умерла Мэрилин Монро. Ее смерть положила начало целой череде отравлений и самоубийств с помощью барбитуратов среди знаменитостей: Джуди Гарленд, Чарльз Джексон, Марк Ротко, Малькольм Лаури, Диана Арбус, Эди Седжвик и Джими Хендрикс. Примерно в то же время резко возросло употребление амфетаминов. К концу 1960-х один из 20 взрослых в Америке[685] употреблял амфетамины по рецепту и примерно один из 40 употреблял его в немедицинских целях – это были первые предвестники амфетаминовой эпидемии. Вскоре подоспели и другие, седативные препараты, и к началу 1970-х 5 % всех американцев[686] (а это около 10 миллионов человек) регулярно – то есть ежедневно на протяжении месяца и более – употребляли «Валиум», который производила и продавала компания Purdue. Женщин среди них было в два раза больше, чем мужчин.

Усилия, направленные на поддержание разделения между фармацевтическими препаратами и наркотиками[687], лишь усугубляли кризис здравоохранения по обе стороны этого разделения. Рынок фармацевтических препаратов не регулировался должным образом, и вместе с тем рос черный рынок героина: запретительные меры лишь подстегивали развитие организованной преступности, как это было и во времена сухого закона. Развитие этого неконтролируемого подпольного рынка некачественного героина и давление полиции опустошали и без того бедные черные районы.

Как наглядно продемонстрировала жизнь Уильяма Берроуза, эти две группы психоактивных веществ невозможно изолировать друг от друга, поскольку пагубные наклонности наркоманов перечеркивают терапевтические возможности для всех остальных. Однажды ночью в 1951 году, во время попойки в Мехико, Берроуз решил устроить для гостей представление в духе Вильгельма Телля и случайно попал

выстрелом в голову Джоан Воллмер[688], которая скончалась вскоре после прибытия в больницу. Их сына Билли отправили жить к бабушке с дедушкой в Сент-Луис, а затем в Южную Флориду, однако до конца жизни он так и не смог преодолеть травму. Чтобы справиться со страданиями, он стал принимать легальные вещества: начал с алкоголя, однако со временем скатился к естественному выбору всех белых обитателей пригородов в 1960-х – наркотику, в честь которого он назвал свою первую книгу, «спидам». В результате у него возникли трудности с законом, и в 1967 году его отец вернулся из-за границы, чтобы отправить его на лечение. Берроуз-старший отвез Билли в Нарко почти ровно 20 лет спустя после того, как сам проходил там лечение. К этому времени в результате нескольких десятилетий карательной политики Нарко растеряла былое величие и представляла собой прибежище мрака и безысходности. Билли счел Нарко «самым бесполезным из подобных учреждений (по их собственным стандартам), которые мне доводилось видеть. И двух недель не прошло, как мне подсказали, через кого можно достать „Дилаудид“»[689].

В конце концов комбинация амфетаминов в «Аддералле» довела меня до срыва. Достать препарат мне было легко, поскольку он был легален и специально предназначен для белых представителей привилегированного класса, как раз таких, как я. Я получал его через медицинские каналы, оплачивал с помощью медицинской страховки и большую часть времени употреблял согласно инструкции. Наркотики такого рода поддерживают и сохраняют общественный порядок – в конце концов, благодаря стимуляторам вы можете работать. Однако спустя недолгое время я потерял осторожность, и комбинация «Аддералла» с алкоголем и чередой бессонных ночей привела меня к маниакальному эпизоду.

Поначалу это было великолепно. Я ощущал полное растворение моего эго, кристальную ясность, практически осязал трансцендентный мистический опыт, на пороге которого я находился. Но затем я начал сходить с ума. Я вообразил, что оказался втянут в духовную войну добра со злом. Я долгое время пренебрегал духовной практикой, и теперь мне нужно было больше медитировать, чтобы избавиться от смущающих меня чувств. Временами мне казалось, что наркотики

вызывают у меня психотическую манию, но я утратил контакт с реальностью, и на меня разом обрушились все мысли, чувства и страхи. Мы описываем психические заболевания как дискретные сущности, как состояния, которые можно четко выделить, у которых есть какая-то граница или точка перехода, но никакой такой точки я не проходил. Я чувствовал, будто застрял на границе между психическим здоровьем и безумием или, скорее, оказался в квантовой неопределенности между тем и другим и мой взбудораженный ум одновременно пребывает во многих состояниях.

У меня случился эпизод алкогольной абстиненции, из-за которого я попал в больницу, где врачи показались мне бесами, пришедшими по мою душу. Они сказали мне, что, судя по моей ЭКГ, у меня какая-то проблема с сердцем, что есть некоторый риск внезапной сердечной смерти, и посоветовали мне остаться в больнице на ночь для наблюдения. Но еще мне сказали, что вызывали ко мне консультанта по зависимости, поскольку у меня явная проблема с наркотиками, и я знал, что вся эта цепь событий неизбежно скажется на моей ординатуре и мне придется пройти курс лечения. И хотя я был не в себе, я немедленно почувствовал настоятельный рациональный импульс скрыть свою зависимость, чтобы не сталкиваться лицом к лицу с реальностью. Так что я тут же выписался вопреки медицинским рекомендациям и отправился в одиночестве в свою квартиру, унося с собой свои галлюцинации и свои тревоги по поводу зависимости.

Несколько дней спустя я понял, что утратил способность ясно мыслить и мне трудно признаться себе в том, насколько я влип, однако в глубине души до сих пор не мог смириться. Я стал шепотом повторять себе одну и ту же фразу: «Я знаю, что такое безумие, и это не оно. Я знаю, что такое безумие, и это не оно». В один-единственный момент просветления я вдруг осознал, что я ошибаюсь и что так больше нельзя, и громко позвал на помощь. Мой сосед позвонил в полицию и сообщил об «эмоционально нестабильном человеке» – слава богу, он выбрал такую формулировку, ведь иначе они могли бы явиться с оружием наперевес, а так обращались со мной весьма бережно и, я бы даже сказал, сострадательно. В больничной карте говорится, что для вскрытия двери вызывали спецназ, но я помню, что дверную ручку просто демонтировали снаружи, а потом в отверстие просунули небольшой щуп, чтобы отпереть замок. Бодрый, коротко

стриженный молодой офицер в тяжелом бронежилете осторожно вошел в комнату, медленно поднял руки и спросил меня успокаивающим тоном:

– Ну что, приятель, ты пойдешь с нами добровольно?

И я понял, что не могу полностью доверять себе.

– Не уверен, – ответил я.

И они выстрелили в меня из тазера, и электроды пролетели через комнату и воткнулись в мою грудь прямо под левым соском, в опасной близости от сердца.

Часть IV. Зависимость на скамье подсудимых

Девять. Реабилитация

Одной холодной февральской ночью в центре Лос-Анджелеса двое полицейских в штатском остановили машину, полную молодых чернокожих. На заднем сиденье находился 25-летний отставной военнослужащий Лоуренс Робинсон со своей девушкой. Когда его друга Чарльза Бэнкса, сидевшего за рулем, попросили выйти из машины, Робинсон весь вспотел, несмотря на прохладу. Отчасти была виновата ломка: он употреблял героин, и уже какое-то время у него не было дозы, но еще это был страх перед законом, хотя у них не было при себе наркотиков или каких-то принадлежностей для употребления. В 1960-х в Калифорнии сама по себе зависимость уже была вне закона[690].

Само собой, один из полицейских нашел след от укола на руке Бэнкса, и его тут же арестовали. Робинсону и остальным велели выйти из машины и встать у стены ближайшего дома. К тому моменту Робинсон пропотел уже насквозь. Полицейские заставили его снять куртку и закатать рукава и обнаружили безошибочно узнаваемые следы уколов и кровоподтеков вдоль вен на сгибе обеих рук. Его арестовали и отвезли в полицейский участок, где его допросил полицейский эксперт по наркотикам, а руки сфотографировали в качестве улики.

Чтобы оспорить выдвинутые против него обвинения, Робинсон нанял Сэмюэля Картера Макморриса, энергичного молодого чернокожего адвоката, который недавно выиграл дело в Верховном суде. Поначалу их защита строилась на аргументах, которые сегодня покажутся очевидными: машину остановили из-за того, «что в ней сидели черные», под надуманным предлогом (якобы номерной знак не был освещен как положено). Однако суд они проиграли.

Макморрис решил подать апелляцию и попытался найти для нее более веское основание. Он оспорил процедуру остановки автомобиля, а также несколько других моментов в деле, но, что гораздо важнее, он решил выступить против закона, который криминализирует зависимость как таковую, и заявил, что считать зависимость преступлением неконституционно. Преступление Робинсона

заключалось не в каком-либо действии, но в его статусе наркомана. Он направил апелляцию в суд вышестоящей инстанции и стал ждать.

В последующие месяцы в стране произошел исторический поворот к социальным реформам. Джон Кеннеди, молодой телегеничный сенатор из Массачусетса, обошел на праймериз Линдона Джонсона и победил Ричарда Никсона на президентских выборах. В следующие годы Джон Кеннеди и Линдон Джонсон, по очереди занимавшие пост президента, возглавили борьбу против бедности и болезней. Тем временем апелляцию Макморриса в Калифорнии отклонили. Он отшлифовал свои аргументы и направил апелляцию в Верховный суд. Суть апелляции сводилась к тому, что преследовать зависимость как преступление жестоко и нелогично. В Калифорнии в то время действовали старые законы против наркотиков, принятые еще в 1929 году, в эпоху жесткого прогибиционизма. Теперь, утверждал Макморрис, нам известно, что зависимость – не преступление, а болезнь и она относится не к криминальной, а к медицинской сфере. Верховный суд принял дело Робинсона на рассмотрение[691], и вскоре Макморрис, которому едва исполнилось 40, снова предстал перед убеленными сединами белыми членами Верховного суда.

В наши дни дела, которые рассматриваются в Верховном суде, как правило, являются результатом длительного планирования, это скорее похоже на запуск космической ракеты или военное вторжение, нежели на юридический процесс. Группы правозащитников годами рыщут по всей стране в поисках подходящего дела, в котором в правильной пропорции сочетаются идеальные факты, вызывающий всеобщее сочувствие обвиняемый и, конечно, блистательный адвокат. Но здесь все было не так. Макморрис был настоящим отщепенцем, вступившим в, казалось бы, безнадежную битву. Отвечая на вопросы судей во время заседания, он страшно заикался. На первый взгляд казалось, что это дело ему не по зубам, но у него, судя по всему, было особое чутье на серьезные философские проблемы, которые интересовали судей.

На этот раз на скамье подсудимых оказалась сама зависимость. Прокурор из Лос-Анджелеса утверждал, что наркоманы должны нести ответственность за свою зависимость: Робинсон был не какой-то беспомощной жертвой, а человеком, который «самостоятельно и добровольно»[692] принял решение ввести «чуждый огонь в свои вены»[693]. Судьи отреагировали на эти аргументы не слишком

доброжелательно. А как же сигареты, пытливо спросили они, и что насчет людей, которые пристрастились к обезболивающим таблеткам после перенесенной операции? Справедливо ли наказывать любые случаи зависимости? Уже к концу слушания стало понятно, что Робинсон и Макморрис нашли благодарную аудиторию для своей аргументации.

В конце концов шестью голосами против двух суд оправдал Робинсона с формулировкой, что «даже один день в тюрьме был бы слишком жестоким и странным наказанием за „преступление“ вроде обычной простуды». Судья Уильям Дуглас сравнил закон, криминализирующий зависимость, со средневековыми обычаями, когда душевнобольных считали преступниками и «сжигали на костре или вешали, а сумасшедшие бедняки бродили дикарями по всей стране, где время от времени их привязывали к позорному столбу, избивали кнутом и бросали в тюрьмы»[694]. В самом конце судебного решения говорится, что зависимость и в самом деле является медицинской, а не полицейской проблемой: «зависимый человек является больным», и было бы «варварством» на уровне закона «признавать болезнь преступлением и допускать преследование больных за их состояние».

Вердикт по делу «Робинсон против штата Калифорния» был не просто незначительной поправкой к Уголовному кодексу. Он ознаменовал отказ от старого прогибиционистского подхода и более широкое признание зависимости как медицинской проблемы. Суровые правоприменительные практики не сработали. Биологические исследования ни к чему не привели – ученым не удалось найти ни научного способа излечения зависимости, ни болеутоляющего, которое не вызывало бы привыкания. Колесо общественных мнений повернулось снова, и возник новый, революционный реабилитационный идеал: к зависимости следует подходить с терапевтических позиций.

Представители медицинской профессии начали открыто высказываться против жестких законов и правоприменительных практик, направленных на борьбу с наркотиками. Нью-Йоркская медицинская академия предложила снова открыть клиники поддерживающего лечения опиоидной зависимости[695] – вернуться к стратегии, которую ФБН запретило в 1920-х. В 1956 году Лоуренс

Колб, который к тому времени почти уже отошел от дел и проживал в Калифорнии, опубликовал в *The Saturday Evening Post* статью с резкой критикой федеральной политики[696] и также высказался в пользу поддерживающего лечения. Это движение получило поддержку со стороны развивающихся социальных наук: в частности, федеральную наркополитику публично осуждал влиятельный социолог Альфред Линдесмит. Его исследования, посвященные границе между так называемыми нормальными людьми и наркоманами, свидетельствовали об ошибочности слишком упрощенных теорий и описывали аддикцию как процесс обучения[697], выходящий за рамки простой физической зависимости. В 1958 году Линдесмит выступил редактором резонансного промежуточного совместного отчета Американской ассоциации адвокатов и Американской медицинской ассоциации, в котором содержалась критика карательного режима и высказывались сомнения в том, что «наркозависимых людей можно отвратить от употребления наркотиков, угрожая им тюрьмой», а также приводились рекомендации начать эксперименты с поддерживающим лечением[698] (частично они были основаны на «британской системе», в которой пациентам с зависимостью выдавались тщательно контролируемые рецепты на морфин и героин еще с 1920-х). Гарри Анслингер пришел в бешенство. Он обрушился на этот отчет с яростной критикой[699] и даже предпринял попытку добиться его полного запрета, но в итоге лишь выставил себя вконец отчаявшимся и оторванным от реальности. По одну сторону этого конфликта стояла группа уважаемых врачей и адвокатов, возглавляемая выдающимся ученым, который долгие годы посвятил тому, чтобы убедить общественность в нелогичности карательного режима. По другую – главный идеолог этого самого карательного режима. В 1961 году Американская ассоциация адвокатов и Американская медицинская ассоциация выпустили окончательную версию своего отчета. Посрамленный Анслингер, которому было уже 70, ушел на пенсию год спустя – в год знаменательного вердикта Верховного суда по делу «Робинсон против штата Калифорния».

В обществе нарастал консенсус: лечение зависимости больше не должно было ограничиваться подвалами, в которых проходили собрания Анонимных Алкоголиков, и изрядно потрепанными лабораториями Нарко. Проблему больше нельзя было решать с

помощью арестов. Однако, как именно ее решать, было пока не вполне понятно. Люди с зависимостью часто отрицали наличие проблемы и отказывались от лечения. Существовала ли грань, за которой возникала необходимость в принудительном (и, если повезет, доброжелательном) вмешательстве? Особые мнения по делу Робинсона подчеркнули сложность и неоднозначность этого вопроса. Судьи, которые были не согласны с вердиктом, утверждали, что зависимость – явление сложное и что существующий закон мог бы приносить пользу, убирая с улиц людей, которые не могли сами принять такое решение, и направляя их на программы лечения и реабилитации. Вероятно, писали они, цель закона не в том, чтобы контролировать людей, но в том, чтобы заставать зависимость на ранней стадии и решать проблему прежде, чем она усугубится.

Во время процесса судьи не знали, что Макморрис скрыл от них один очень важный факт о своем клиенте: подсудимый уже давно умер от передозировки[700]. За десять месяцев до слушаний его нашли мертвым в переулке в Лос-Анджелесе. Кто знает, где для Робинсона было бы безопаснее, в тюрьме или на улицах, но ясно одно: общество наконец созрело для того, чтобы лечить зависимость, но никто не знал, как именно это делается.

Вырубив меня с помощью электрошокера, полицейские вытащили меня из квартиры. Я помню лишь отдельные фрагменты: наручники, ремни, которыми меня пристегнули к носилкам, головокружительный угол спуска, когда они тащили эти носилки по узкой лестнице моего пятиэтажного дома, улыбаясь и перешучиваясь оттого, что схлынул вызванный взломом моей двери и применением тазера адреналин. Когда меня спускали по лестнице, я ощущал стыд и думал про себя, что это неправильно, что я не настолько плох, чтобы вот так нести меня на носилках. Меня доставили в психиатрическую неотложку в больнице «Белвью» – первое место в Нью-Йорке, куда привозят «эмоционально нестабильных» задержанных. И там, в стеклянном аквариуме приемного отделения, только не с той стороны стекла, где я привык находиться, я остался лицом к лицу со своим страхом, дезориентацией и галлюцинациями. Случались и моменты просветления, но большую часть времени я полагал, что меня захватили силы тьмы и заключили в фальшивую больницу, полную

фальшивых пациентов, либо что я умер и попал в чистилище либо очутился где-то между мирами.

Когда подействовали антипсихотические препараты, галлюцинации стали рассеиваться, и к тому моменту, когда меня приняли в отделение двойных диагнозов, в голове более или менее прояснилось. Я понял, что я не умер и не участвую в священной войне. Были моменты, когда бред возвращался: я увидел татуировку с драконом на внутренней стороне запястья одного из медбратьев – и на секунду впал в панику, решив, что это мистический знак членства в какой-то зловещей организации, однако большую часть времени я пытался справиться с другой, более тонкой проблемой моей новой реальности.

Мой лечащий врач, доктор Голдман, был довольно молодым, неуклюжим парнем в очках, которого в другое время я принял бы за дружелюбного старшего коллегу. За его неуклюжестью и занудством обнаружилась обнадеживающая честность, и я впервые нашел в себе силы признаться в истинных масштабах своего пьянства. Я сдался и признал перед доктором Голдманом и его коллегами, что я алкоголик. Но вскоре после этого меня стали терзать сомнения, страхи и неуверенность, я принялся звонить друзьям и допытываться у других пациентов, можно ли меня назвать «настоящим» алкоголиком, мое мнение менялось по несколько раз на дню. Я осознавал, что я действительно очень болен, гораздо больше, чем готов был признать раньше. И все-таки я не понимал, как толковать то, что со мной произошло.

В какой-то момент моего ожидания в приемном отделении ко мне подошел ординатор и сунул мне в руки свернутый втрое, кое-как отксеренный буклет и посоветовал связаться с некоммерческой организацией – «программой здоровья врачей» штата Нью-Йорк, входящей в медицинское сообщество, помогающее врачам с зависимостью и другими психическими проблемами реабилитироваться и вернуться к работе. С телефона-автомата в коридоре отделения двойных диагнозов я позвонил в их офис в Олбани и попросил о помощи, делая заметки карандашом на том самом буклете, зажав телефонную трубку между ухом и плечом. Я узнал, что проблем с комитетом по лицензированию у меня не возникнет – это было хорошо, потому что комитет по лицензированию славился своим карательным подходом, тогда как программа здоровья

врачей была скорее ориентирована на терапию. Хотя по критериям для лечения я вроде бы не подходил. Куратор, которого мне назначила «программа здоровья», хотел, чтобы я отправился в рекомендованный им реабилитационный центр и прошел дополнительное обследование. В последующие дни я маялся и не находил себе места, даже подумывал выписаться из больницы и проходить лечение амбулаторно. Я был уверен, что пить больше не буду. Впервые в жизни я по-настоящему созрел обратиться в АА. Но когда я спросил куратора, возможно ли это, она ответила, что, если я выберу амбулаторное лечение вместо полноценной реабилитации в стационаре, мне можно будет вернуться к работе не раньше чем через полгода. Я расстроился и спросил, почему не могу поступить по-своему, ведь я вроде как обратился в их программу добровольно, и тогда она ответила, что если после того, как я сам позвонил им и рассказал о своих проблемах, я совсем пропаду с радаров, они будут обязаны сообщить о моем случае в комитет по лицензированию.

Я десятки раз становился свидетелем подобных ситуаций, находясь по ту сторону проблемы, однако тут у меня возникло чувство, что меня выпустили на игровое поле посреди матча, не объяснив правил игры. Я оказался в непонятном промежуточном пространстве между добровольным и принудительным лечением, я хотел сотрудничать, но сам не успел понять, как оказался в роли «сложного пациента». Я беспокоился, что, просто озвучив свои предпочтения, я уже дал им повод считать свои суждения ненадежными. Я знал, к чему все идет. Психиатрический пациент должен прежде всего признать свою проблему. Его должно беспокоить то, что с ним произошло. Беспечное игнорирование причин, которые привели его в отделение неотложной помощи, не входило в список удачных стратегий, скорее, служило сигналом тревоги. Так что я, конечно же, выбрал реабилитацию, хотя уже не был так уверен, что хочу получать помощь от этой «программы здоровья».

Доктор Голдман сопроводил меня на первый этаж и провел по запутанному лабиринту коридоров «Белвью». В первый раз я шел по этим коридорам как кандидат в программу ординатуры Нью-Йоркского университета. Теперь я проделывал этот путь в наручниках.

Ясным, морозным декабрьским днем мы вышли из больницы на Первую авеню. У бордюра стояла машина, которая должна была

отвезти меня в реабилитационную клинику.

На скудно освещенном флуоресцентной лампой сестринском посту меня встретил долговязый, сутулый консультант. Под его присмотром я помочился в стаканчик, после чего он тщательно обыскал меня, попутно рассказав, что однажды нашел несколько килограммов кокаина в ножном протезе нового пациента. Потом хмурая медсестра в больничной форме попросила меня заполнить и подписать несколько бланков, после чего отвела в подсобку, где перетряхнула весь мой багаж, конфисковала печатные материалы, высоко подняв брови при виде романов и папок, набитых статьями по моральной психологии. (Я надеялся и для удовольствия почитать, и доделать кое-какую работу.) Она срезала с моего запястья хлипкий браслетик пациента «Белвью» и надела другой, грубый и толстый, рассчитанный, судя по всему, на длительное ношение.

Во время экскурсии, которую провел мне консультант, мое настроение стремительно падало. Место было унылое, депрессивное и явно институциональное. В большой пустынной столовой к линии раздачи вышел работник и передал мне через барьер из оргстекла огромную тарелку макарон со сливочным маслом – обычно такое дают детям, которые больше ничего не едят. Я пообедал в одиночестве, глядя из окна на темный, поросший деревьями задний двор, а затем отправился в отделение детоксикации, где тонкая занавеска отделяла меня от непрерывных стонов чьей-то ломки.

На следующее утро, после того как я подписал еще несколько бланков в дирекции, мне торжественно вручили экземпляр «Большой книги» Анонимных Алкоголиков – один из сотен, выстроившихся на полках. Меня представили Амиту – оживленному, чем-то напоминавшему птицу анестезиологу, который уже несколько недель находился здесь из-за серьезных проблем с опиоидами. Он должен был познакомить меня с местными порядками. Я поделился с ним своей надеждой на то, что после недельного обследования меня отпустят лечиться амбулаторно. Он рассмеялся, и в животе у меня все сжалось. Амит рассказал, что ему тоже здесь не нравится, но слова об обследовании – это просто формальность, все всегда остаются. И мне придется отбыть свой срок, как и всем остальным. Он посоветовал мне не высовываться, чтобы не навлечь на себя неприятностей. По его

словам, здесь следили за каждым нашим шагом – даже уборщицы наблюдали за пациентами.

У нас было до нелепости плотное расписание, состоявшее из групповых собраний, бесед и разных мероприятий. Мы отправились в лекционный зал, где жилистый старик с суровым, обветренным лицом рассказывал свою историю зависимости: как он крал опиоиды из больницы, как его подстрелила бывшая жена, как он принимал фентанил лежа в ванне, пока его сердце не остановилось. «Люди говорят, что реабилитация – это промывка мозгов, – заявил он. – Что ж, в моем случае это было именно то, что нужно». Амит шепотом объяснил мне, что этот человек – главный врач клиники, доктор Саммерс.

К тому моменту я уже решил, что мне нужно выбираться из этого реабилитационного центра, и чем скорее, тем лучше, и размышлял о том, как мне добиться выписки после обследования, несмотря на предупреждение Амита. В течение дня я репетировал, рассказывая свою историю остальным пациентам: я оказался здесь только из-за маниакального эпизода. Мое пьянство – не самая здоровая привычка, но реабилитация мне не нужна, я готов к амбулаторному лечению. Кое-кого мне удалось убедить. Но большинство сочли, что я не могу отвечать за себя.

На следующий день меня вызвали в кабинет доктора Саммерса на вступительное «собеседование». Я слышал, что последнее слово в моем деле, возможно, принадлежит ему, и пристально наблюдал за ним, когда он ходил по коридорам, переполненный бурной, нетерпеливой энергией. Я решил, что смогу с ним справиться. В конце концов, я всю свою карьеру подлизывался к пожилым врачам.

Но как только я оказался у него в кабинете, он вдруг стал серьезным и принялся меня допрашивать. Сколько именно вы пьете? Что еще вы употребляете? Уверены? Мои надежды стали угасать, но я старался сохранять позитивный настрой и спокойно излагал свои обстоятельства: молодой врач, попавший в запой, который усугубился приемом «Аддералла» и парой случайных доз кокаина, в контексте переработок и эмоционального выгорания. Не очень здоровая ситуация, но высокая мотивация к выздоровлению. Я действительно готов к амбулаторному лечению. Я усвоил урок и хочу поправиться.

Я внимательно наблюдал за его лицом, ожидая увидеть там возможность. Вместо этого, помолчав, он наклонился ко мне над столом и сказал, что возьмет мои волосы для анализа на предмет наркотиков.

– Как вы думаете, – начал он, и у меня появилось недоброе предчувствие, – что мы обнаружим?

Поначалу я растерялся, ведь я только рассказал ему обо всем, что принимал, а потом до меня дошло: я больше не был коллегой или студентом, по крайней мере для него. Я был наркозависимым и при этом врачом – худшим из пациентов, потому что знал, как подтасовать факты, чтобы дольше оставаться в отрицании. В «Белвью» я тоже был пациентом, но там ко мне относились с уважением, как к коллеге. Здесь же я был просто лжецом, которого нужно сломать и перевоспитать.

Саммерс спросил снова:

– Травка? Мет? Ангельская пыль? Наверняка было еще что-то.

Горло у меня сдавило от страха, так что я с трудом выдавливал слова. Я попытался еще раз объяснить мою ситуацию, но Саммерс меня перебил:

– Мы оба врачи, и как врач я специализируюсь на лечении зависимости. Но моя настоящая специализация – проблемы. И ты, сынок, настоящая проблема. Ты останешься здесь надолго. Постарайся не сопротивляться. Возможно, это спасет тебе жизнь.

Подъехав к своему домику, прятавшемуся в каньонах северо-западной части Лос-Анджелеса, уставший как собака Пол Моранц испустил вздох облегчения. Он был адвокатом и недавно подал в суд на «Синанон» – нетрадиционную программу реабилитации наркоманов, которая появилась в 1950-х как небольшая коммуна хиппи, но затем переросла в полномасштабный культ. (В «Синаноне» имелась собственная «императорская морская пехота»[701], которая однажды избила бывшего члена коммуны так, что проломила ему череп, и он впал в кому.) Моранц защищал интересы клиентки, которую в Синаноне обрили наголо и удерживали против ее воли в течение 90 дней. Суд он выиграл, однако в процессе стал мишенью для нападок организации и теперь надеялся отдохнуть и посмотреть первую бейсбольную игру Мировой серии 1978 года. По дороге к

входной двери он на автопилоте проверил почтовый ящик. Из глубины ящика на него набросилась полутораметровая гремучая змея – трещотка с хвоста была срезана, чтобы не выдать ее присутствия, – и вонзила зубы прямо ему в руку. Моранц крикнул соседям:

– Это «Синанон»! Они добрались до меня![702]

Гремучую змею в ящик действительно подбросили члены «Синанона», и эта история получила широкий общественный резонанс. Моранца успели вовремя доставить в больницу; чтобы спасти ему жизнь, потребовалось 18 ампул противоядия[703]. Два месяца спустя прокурор Лос-Анджелеса провел рейд в особняке «Синанона» стоимостью более миллиона долларов и арестовал руководителя организации Чарльза Дедериха за заговор с целью убийства Моранца. Дедериха, который 20 лет назад объявил себя излечившимся от алкоголизма и вышел из АА, нашли мертвецки пьяным[704], так что в камеру его пришлось нести на носилках.

Дедерих был в прошлом неудачливым продавцом, с 1956 года – преданным членом АА[705], и поначалу это стало смыслом его жизни. Ему нравилось выступать на собраниях АА, и благодаря своей запоминающейся внешности – крупный мужчина с громким голосом, правое веко всегда наполовину опущено из-за перенесенного когда-то менингита, склонность к философским рассуждениям и мистицизму – он вскоре собрал вокруг себя стайку юных впечатлительных последователей, которые называли его Папой[706].

Однако спустя какое-то время Дедерих решил, что АА слишком ограниченные – в то время на собраниях отказывались принимать людей, имевших проблемы с чем-либо помимо алкоголя, – и в конечном счете слишком мягкие[707]. В процессе написания «Большой книги» Билл Уилсон и его соавторы формулировали всю программу общества исключительно как предложения, избегали жестких предписаний, и, как следствие, на самих собраниях существовала традиция концентрироваться исключительно на собственном опыте, не давать указаний и не вступать в прямую конфронтацию и «перепалки»[708]. Дедерих, напротив, считал, что его юных подопечных нужно встряхнуть, выбить из состояния зависимости, поэтому он изобрел собственную, довольно экстремальную форму групповой терапии[709], направленную на то, чтобы сломить эго и

провести человека через квазипсиходелический опыт. В своей небольшой квартирке в Санта-Монике он трижды в неделю проводил «конфликтные марафоны», которые продолжались по многу часов или даже дней. Эта нездоровая групповая практика под названием «Игра», во время которой участники выкрикивали друг другу свои претензии и жалобы, стала краеугольным камнем методики «Синанона». Недоброжелатели обвиняли эту группу в промывке мозгов, однако Дедерих возражал, что большинству людей как раз и нужно, чтобы им время от времени «промывали мозги»[710].

В итоге Дедерих оказался отнюдь не плохим продавцом: он популяризировал слоган «Сегодня – последний день всей оставшейся жизни» и сумел привлечь к себе не только новых последователей, но и внимание СМИ. Деньги закапали, потом полились рекой. Из захудалого помещения в Санта-Монике Синанон переехал в роскошное здание бывшего отеля на берегу моря, а затем разросся в настоящую империю с целой сетью клиник по всей Калифорнии[711]. О лечении у них рассказывали знаменитости, у них появились корпорации-спонсоры и влиятельные сторонники среди калифорнийских политиков, которые внесли в законы штата соответствующие поправки, чтобы «Синанон» мог работать как наркологическое учреждение.

«Синанон» положил начало целому движению подражателей, и по всей стране появились аналогичные «терапевтические сообщества», предлагавшие долгосрочное стационарное лечение алкогольной и наркотической зависимости, многие из которых существуют по сей день и пользуются большим авторитетом в этой сфере[712]. Эти терапевтические сообщества и близко не имели такого успеха, как Синанон, однако их методы строились на том же принципе конфронтации: четкая структура и иерархия ролей, бывшие пациенты в роли сотрудников учреждения, суровая дисциплина и месяцы, если не годы, стационарного лечения[713]. Вы могли и не слышать о «терапевтических сообществах» – я, например, впервые узнал о них уже после окончания ординатуры, – однако они до сих пор существуют и пользуются большим спросом, принимают тысячи и тысячи пациентов ежегодно, причем часто этих пациентов направляет к ним федеральная страховая программа «Медикейд» или правоохранительные органы. Современные терапевтические

сообщества часто работают по принципу конфронтации, хотя он не является их уникальной особенностью. «Синанон» просто стал первопроходцем и распространил идею, которая свойственна многим программам лечения зависимости: что наркомана необходимо сломить и перевоспитать и эта цель оправдывает любые средства.

Терапевтические сообщества обрели популярность отчасти потому, что официальная медицина долгое время пренебрегала людьми с зависимостью. Еще в 1920-х она самоустранилась от лечения зависимости, оставив терапевтические подходы горстке учреждений вроде Нарко. Даже в 1965 году, на волне всеобщего интереса к реабилитации и растущего признания, что зависимость является медицинской проблемой, во многих штатах отсутствовали клиники по лечению зависимости. Терапевтические сообщества просто заняли эту нишу[714]. Они были привлекательны как с финансовой, так и с политической точки зрения: неоплачиваемый труд пациентов значительно умешал затраты на содержание учреждений, а идея «жестокой любви» всегда служила отличной темой для разговоров. Но терапевтические сообщества ни за что не получили бы такого распространения, если бы официальная медицина не обращалась так ужасно с зависимыми пациентами, что еще до появления терапевтических сообществ привело к развитию обширной альтернативной системы лечения.

В мае 1949 года небольшая группа членов АА в Миннесоте основала центр под названием «Хазельден» для так называемых профессионалов – успешных людей, переживающих трудные времена. Изначально эта программа представляла собой трехнедельный курс лекций по 12-ступенчатой системе (позднее курс был расширен до четырех недель и лег в основу современной 28-дневной программы), дополненный общими советами о том, как «заправлять постель, вести себя как джентльмен и общаться с другими людьми»[715]. Поначалу участников было немного: в один из первых сочельников единственный куратор приготовил ужин на двоих и сел за стол с единственным пациентом[716]. Но постепенно клиентура росла, и в 1960-х, вместе с ростом признания терапевтических подходов к зависимости, «Хазельден» последовал примеру расположенной неподалеку Уилмарской государственной больницы и открыл официальные курсы подготовки кураторов на основе 12-ступенчатой

программы Анонимных Алкоголиков, перейдя таким образом от модели «ретрита» к более официальному статусу. Программа лечения, основанная на четком расписании[717] и превращении бывших пациентов в кураторов, оказалась легко масштабируемой, и руководители «Хазельдена» захотели ей поделиться. Их система получила известность по всей стране как «миннесотская модель» реабилитации, и на сегодняшний день она остается одной из самых авторитетных программ лечения зависимости.

И терапевтические сообщества, и миннесотская модель представляли собой удивительный сплав терапевтического подхода и идеи взаимопомощи, и в 1960-х они получили широкое распространение благодаря тому, что соответствующая ниша не была занята официальной медициной. Деятельность Марти Мэнн подтолкнула некоторые медицинские учреждения к лечению алкоголизма и обеспечила им поддержку общественных организаций в области медицины, да и Анонимные Алкоголики с каждым годом становились все популярнее, однако все еще ощущалась нехватка нормальных программ лечения зависимости, в особенности наркотической. То были времена расцвета психоанализа, и большинство психиатров просто не брались за людей с зависимостью. Даже в наши дни попытки привлечь семейных врачей и психиатров к решению проблем с алкоголем и наркотиками часто оборачиваются неудачей из-за стигматизации[718], ограниченной подготовки специалистов и отсутствия поддержки на организационном уровне, что, в свою очередь, лишь усиливает стигматизацию и изоляцию проблемы зависимости от всех остальных проблем.

В таких обстоятельствах «миннесотская модель» отчаянно работала над тем, чтобы удовлетворить нужды всех своих пациентов. Как и Анонимные Алкоголики, эта модель строилась на идее о том, что зависимый человек признает свое бессилие и добровольно обращается за лечением, однако с наступлением 1960-х спектр пациентов на программах стал гораздо более разнообразным: в них стало меньше взрослых и пожилых работающих мужчин, страдающих пьянством, и появилось больше молодых пациентов с серьезной наркотической зависимостью, которую оказалось сложнее лечить. В этих условиях многие реабилитационные центры стали принимать на вооружение некоторые методы «Синанона». В 1967 году несколько сотрудников

«Хазельдена» посетили больницу, в которой целенаправленно использовали конфронтационные техники «Синанона», и вскоре после этого подобные техники стали применяться и в «Хазельдене»: к примеру, пациента во время групповой терапии могли посадить на «горячий стул»[719], и другие пациенты должны были критиковать его поведение и убеждения с помощью списка из 20 с лишним «недостатков характера», таких как «обидчивость», «гордость» и так далее.

В наши дни жесткая конфронтация широко применяется не только в реабилитационных центрах, но также (и даже чаще) во многих тюремных реабилитационных программах, буткемпах и программах для трудных подростков. С другой стороны, терапевтические сообщества могут быть очень разными, и не все они применяют конфронтацию в своей работе. Многие устоявшиеся терапевтические сообщества отреклись от использования экстремальных и унизительных практик, а национальные и международные ассоциации терапевтических сообществ официально осудили «агрессивные» техники[720], хотя традиция жесткой конфронтации по-прежнему существует. Социолог Кервин Кэй не так давно изучал Нью-Йоркское терапевтическое сообщество, которое считалось довольно «мягким» и сострадательным, но, проведя в этом сообществе восемь месяцев, он стал свидетелем ужасных вещей: штатные сотрудники регулярно отчитывали пациентов, унижали их в присутствии группы и называли их обидными словами, например «нарколыгами». В одном особенно вопиющем случае[721] после дисциплинарного нарушения персонал обыскал комнаты всех пациентов, переворачивая вверх дном постели и разбрасывая личные вещи, а потом заставил их самостоятельно все убрать в соответствии со строгими, почти военными стандартами заведения, при том что время было далеко за полночь.

За несколько десятилетий исследований не было найдено практически никаких доказательств, что подобные конфронтационные методы приводят к хорошим результатам в лечении зависимости от психоактивных веществ, скорее, они даже контрпродуктивны, поскольку вызывают еще большее сопротивление[722]. Также нет никаких свидетельств, что пребывание в терапевтических сообществах в течение нескольких месяцев или даже года имеет какое-то преимущество перед менее интенсивными программами лечения. В

обзоре, опубликованном международной некоммерческой организацией «Кокран» в 2006 году (эти обзоры считаются самой авторитетной независимой оценкой медицинских исследований), говорится об отсутствии существенных доказательств, что терапевтические сообщества чем-то лучше любых других программ лечения по разным показателям, включая уровень воздержания. Терапевтические сообщества стоят недорого и привлекательны с политической точки зрения, но если верить современным исследованиям, более короткие и зачастую менее экстремальные способы лечения, например 28-дневные ретриты или амбулаторные программы, дают аналогичные результаты[723].

Тем не менее огромное число людей приписывают значительные перемены в своей жизни именно таким условиям, утверждая, что интенсивное лечение каким-то образом помогает разорвать глубокую личностную идентификацию с зависимостью как образом жизни. Суть метода не в агрессивной конфронтации, а в возможности изменить представления о себе[724], заявляют они. Именно в этом чаще всего и заключается очевидная цель лечения зависимости: не просто устранить патологию, но изменить личность человека. Это задача гораздо более сложная и масштабная.

В последующие дни я ходил на групповую терапию, заполнял опросники о моих навыках, клеил коллажи на рекреационной терапии и постоянно обсуждал свою стратегию с любым, кто готов был меня выслушать, – и все это время я разрывался между отрицанием и принятием. Настроение штормило, и, оставшись один, я рыдал в своей постели от парализующего страха, который я старательно подавлял с самого начала моего маниакального эпизода. Я постепенно начал осознавать, что угодил в серьезные неприятности. Я решил больше не преуменьшать масштабы употребления алкоголя и наркотиков, как я делал поначалу в надежде, что меня выпишут и позволят проходить лечение амбулаторно. Но обычно вскоре после таких моментов просветления у меня случался откат, и я убеждал себя, что врачи просто идиоты, а мне нужно держаться своей версии и выбираться отсюда поскорее. Я не знал, какой из вариантов ближе к истине.

Кое-что в подходе этого реабилитационного центра казалось мне неправильным и даже откровенно вредным, и это подкрепляло мое

сопротивление. Целое сообщество профессиональных врачей находилось здесь под постоянным наблюдением, в постоянном страхе. Там был один чересчур любвеобильный хирург, который попал в реабилитацию не из-за алкоголя и наркотиков, а из-за того, что никак не мог перестать флиртовать с пациентками; его перевели на долгосрочную программу лечения в Миссисипи, где ему, как нам сказали, помогут преодолеть укоренившиеся личные проблемы, мешающие его выздоровлению. У нас была регулярная групповая практика под названием «Резонные опасения», где мы обсуждали поведение людей, высказывающих сомнения по поводу методов лечения или целей АА. Один пожилой, деликатный, но наделенный тихой непокорностью терапевт упорствовал в своем стремлении указывать на элементы программы АА, которые казались ему нелогичными, и ему дали почитать брошюру под названием «Король-дитя», где утверждалось, что его сопротивление является признаком незрелости. Мне это показалось диким. Подобные интервенции были очень амбициозны: их цель заключалась в изменении личности и характера. В психиатрии было не принято замахиваться на фундаментальную реконструкцию характера в течение нескольких недель или даже месяцев.

В первые дни реабилитации меня навестила мать. С самого начала моего маниакального эпизода она поддерживала меня в мысли, что все, через что я прохожу, – государственная программа наблюдения, многомесячная специализированная реабилитация для врачей – это излишне. Ее очень пугала мысль, что я алкоголик, и она отказывалась принимать этот факт. К тому же она ненавидела АА – в конце концов, она сама всю жизнь находилась в отрицании своих проблем с алкоголем. Но тут она меня удивила. В нашей мрачной столовой, в окружении других подавленных семей, навещавших остальных пациентов, она с какой-то обреченностью посмотрела на меня и сказала, что время борьбы прошло. Что я должен смириться и признать происходящее. Услышав это, я ощутил, как меня охватывает облегчение, и подумал, что она, вероятно, права.

Спустя неделю после прибытия я встретился с консультантами – мне порекомендовали остаться в клинике и пройти полный курс стационарного лечения. Они настаивали, что я должен не просто пройти все формальные этапы, а по-настоящему включиться в

процесс. Но что самое важное – это должно являться мое собственное решение. Никто не собирался удерживать меня там против моей воли, и я мог уйти, когда захочу. Конечно, тогда мне пришлось бы потратить много времени и преодолеть множество препятствий, чтобы вернуться к медицинской практике. Но я мог уйти.

Это был вроде как простой выбор. Но почему мне было так сложно? Я спрашивал других пациентов-врачей об их мнении. Одни считали, что предлагать мне остаться просто смешно, другие говорили, что я должен «сложить оружие». Сам я ходил кругами.

Именно внутренний конфликт, болезненная привязанность к тому, кем я, как мне казалось, был и чего я хотел, помогла мне смириться и принять предложенную помощь, пусть даже она не была идеальной. Я наблюдал за собственными метаниями, и эти метания казались мне нездоровыми. Я видел, что пытаюсь подтасовывать факты – даже после всего, что со мной случилось, – и это меня напугало. Я понял, что хотя у этой программы и есть свои недостатки, но силы, которые собрались вокруг меня, имеют благие намерения, они пытаются помочь и донести до меня, что у меня серьезные неприятности и что моя приверженность собственной силе воли и самоидентификации представляет, быть может, самую большую угрозу моей безопасности.

На следующее утро во время переклички, вместо того чтобы представиться «Карл, прохожу обследование», как я упорно продолжал делать всю предшествующую неделю, я наконец сказал: «Карл, алкоголик». Мое лицо залило краской, и я чувствовал, будто утратил часть себя. Но другая часть меня испытала облегчение.

Я до сих пор не знаю точно, как относиться к той программе реабилитации. Был ли доктор Саммерс слишком суров ко мне или мне как раз требовалась такая встряска? Мог бы я обойтись амбулаторным лечением? Нужна ли вся эта трансформация характера и личности? Я убежден, что какое-то принуждение мне было необходимо[725], потому что я оказался перед трудным выбором. Большинство людей, проходящих лечение зависимости, нуждаются в какой-то форме принуждения, хотя бы неформального, от лица семьи и друзей. И я оказался в том месте потому, что мне это было нужно, по крайней мере, если я хотел вернуться к медицинской практике в обозримом будущем. В этом смысле я рад тому, что меня принудили: если бы не программа наблюдения, я мог бы выпасть из программы лечения и

сорваться, мог бы навредить другим людям или умереть. И все же мне нравится думать, что глубиной и качеством своей реабилитации я обязан не конфронтации, а единению. Вопреки заявлению Саммерса, на самом деле меня не нужно было ломать, и самый важный и трансформирующий опыт был связан не с формальным лечением, а с самой обстановкой, где могла возникнуть взаимопомощь и сделать свое целительное дело.

Вскоре после того как я решил остаться, я узнал, что каждый пациент должен выступить перед всей группой с 30-минутным рассказом о своей «истории зависимости» и получить обратную связь о своих «недостатках характера». Это понятие привело меня в ужас: я представил себе, как коллеги-врачи осыпают меня критикой. Но когда я поделился своей историей, я испытал чувство свободы. Консультант оставил нас одних, и я впервые за все время смог честно и без прикрас рассказать о том, насколько все было ужасно: расставания, ночные загулы, ложь, стыд, безысходность, а самое главное – безуспешные попытки взять себя в руки. Раздавались смешки, кто-то кивал, кто-то улыбался, и в целом меня встретили с доброжелательным вниманием. Потом мне написали письма о моих «недостатках»; я ожидал, что меня разорвут на клочки, но большинство посланий оказались добрыми и ободряющими. Это и было самым лучшим во всей программе реабилитации: меня окружали люди, которые меня понимали.

В 1943 году, в самом разгаре Второй мировой войны, Конгресс наконец разрешил женщинам-врачам занимать должности в Вооруженных силах, и год спустя Мари Найсвандер, талантливая и дерзкая выпускница Медицинского колледжа Корнельского университета, ухватилась за шанс исполнить свою мечту стать хирургом-ортопедом. Однако, хотя женщин-врачей и допустили в армию, хирургами им становиться никто не разрешал, поэтому вместо этого Найсвандер откомандировали в Нарко – в учреждение, которое она ненавидела всей душой. Другими словами, ничто не предвещало, что несколько лет спустя она сделает самый большой вклад в лечение зависимости за всю его историю.

Прибыв на место, она обнаружила, что персонал обращается с пациентами как с заключенными, а темнокожих осыпает расистскими

оскорблениями. Найсвандер пришла в ужас и преисполнилась решимости хоть что-то изменить к лучшему. Она всегда считала медицину способом решения в том числе и социальных проблем. Будучи подростком, она год провела в туберкулезном санатории, где страдания обедневших пациентов заставили ее прочесть труды Маркса и Энгельса и даже вступить на время в Молодежную коммунистическую лигу. Разочаровавшись в политической революции, она обратилась к медицине. И вот она оказалась в Нарко – в юдоли безысходности, в учреждении, созданном для контроля, сдерживания и изоляции. Не о таком она мечтала. И Найсвандер решила отыскать другой путь.

Когда обязательный год службы в Нарко подошел к концу, Найсвандер поспешила вернуться в Нью-Йорк и с головой погрузилась в психиатрию. Вопреки повальному буржуазному увлечению психоанализом, Найсвандер открыла две клинические практики: одну для интенсивной психотерапии зависимости и вторую специально для джазовых музыкантов, пристрастившихся к героину. Пациенты просто обожали Найсвандер – остроумную, образованную и схватывавшую все на лету. Они осаждали ее офис на Восточной 103-й улице, где случайные прохожие поражались тому, что она добровольно обосновалась так далеко от центра в самый разгар послевоенного героинового кризиса.

В 1956 году, когда Найсвандер выпустила свою первую книгу «Наркозависимый как пациент» («The Drug Addict as a Patient»), она тут же стала ведущим идеологом сострадательного лечения, учитывающего все нюансы проблемы зависимости[726]. И даже сегодня текст Найсвандер вдохновляет. Ее ярый оптимизм и уважение к человеческому достоинству пациентов[727] – равно как и признание того, что существует множество психологических и социальных факторов, влияющих на употребление наркотиков, – сквозят в каждой строке. Отбросив принятые в психоанализе стереотипы, представляющие всех наркозависимых «мазохистами» или искателями «грубой замены мастурбации», Найсвандер красноречиво рассказывает о глубине и разнообразии причин, заставляющих ее пациентов употреблять наркотики, и описывает, как употребление наркотиков может выполнять совершенно понятные функции: «поддерживать жизнь и радость, которую они способны почувствовать», «получать

мистический опыт» и даже «переживать ясность чувств и целостность восприятия»[728].

И тем не менее Найсвандер удручали результаты ее пациентов. Казалось, что даже лучший в мире психоанализ не может их излечить и что они неизбежно будут возвращаться в нищие кварталы, где полно проблем и где их окружают другие потребители наркотиков, так что им приходится постоянно бороться с искушением, не находя достаточных причин отказаться от героина. Чтобы помочь им, ей нужно было что-то получше.

Что-то грызло Винсента Доула изнутри. На дворе стоял 1962 год, и Доул, успешный исследователь метаболизма, работал на непыльной должности в Рокфеллеровском институте медицинских исследований в Нью-Йорке. Однако по дороге из богатого пригорода в Хадсон-Ривер-Вэлли на работу он шел от станции «125-я улица» мимо офиса Найсвандер, и, хотя он и не знал о ее трудах, он не мог больше игнорировать масштаб опиоидной эпидемии, бушевавшей в стране. У него было чувство, что он «курсирует между двумя оазисами благополучия через бушующий океан эпидемии и страданий»[729]. Он рассказал о своей обеспокоенности коллеге (известному врачу и писателю Льюису Томасу), который как раз собирался в творческий отпуск и уступил Доулу свое место во влиятельном Нью-Йоркском комитете по борьбе с наркотиками.

Доул принялся усердно изучать проблему зависимости, и, когда наткнулся на книгу Найсвандер, он тут же нанял ее и переключился в своих исследованиях на опиоиды. Они начали с простого[730]: принимали зависимых людей у себя в отделении больницы и изучали воздействие различных наркотиков. В 1964 году они наткнулись на любопытную вещь. Большинство исследуемых быстро подсаживались на вещества и могли думать только о том, когда получат следующий укол героина, морфина или гидроморфона («Дилаудида»), однако когда они попробовали метадон, картина резко изменилась.

С метадоном Найсвандер познакомилась еще в Нарко. Он представлял собой один из многих синтетических опиоидов, был впервые произведен в Германии в 1930-х, и когда американские разведывательные службы в 1946 году получили этот препарат, они направили его в Нарко для испытаний, и там он стал самым

распространенным лекарством от ломки. Метадон – очень медленнодействующий опиоид[731] – отчасти потому, что он расщепляется на множество медленнодействующих соединений, а отчасти потому, что при ежедневном приеме он имеет свойство накапливаться в организме. В результате действие метадона продолжается больше суток, и при регулярном, ежедневном введении одинаковой дозы он не вызывает ощущения эйфории.

Когда Доул и Найсвандер перевели двух пациентов с опиоидной зависимостью на метадон, те не только перестали зацикливаться на следующей дозе, но и практически вернулись к бодрому, нормальному состоянию[732]. Старшее поколение врачей Нарко неодобрительно относилось к поддерживающему лечению опиоидной зависимости, однако Доул и Найсвандер, работавшие в крупном и густонаселенном городе, сами не заметили, как ввязались в эксперимент с поддерживающей терапией по настоянию собственных пациентов. Как позднее вспоминала Найсвандер, «пожилой пациент стал рисовать в прямо-таки промышленных масштабах, и его картины были хороши, а молодой уговаривал нас позволить ему сдать экзамены для получения диплома о среднем образовании. Мы отправили обоих учиться за пределами больницы, хотя они продолжали жить у нас. Ни один из них, хотя у них были для этого все возможности, не вернулся к героину. Два бездельника превратились в двух работяг»[733]. Найсвандер и Доул сразу поняли, что это означает. Они наняли еще одну выпускницу Корнелльского университета, только что закончившую ординатуру Мэри Джейн Крик, и начали экспериментальную программу по лечению зависимости метадоном.

В 1965 году они отчитались о своих успехах в Журнале американской медицинской ассоциации. Эта публикация произвела фурор[734]. В ней говорилось, что 22 героиновых наркомана со множественными рецидивами в прошлом – многие из них шесть и более раз прежде проходили традиционную реабилитацию в Нарко и в других учреждениях и потерпели неудачу – успешно излечились благодаря регулярному приему метадона. Все они сообщали о полном прекращении «тяги к наркотикам», их жизнь вернулась в нормальное русло, они продолжили учиться, сохранили работу и воссоединились со своими семьями. Четверо из пациентов пробовали в ходе лечения экспериментировать с уличным героином, однако метадон блокировал

ощущение эйфории: пациенты были «поражены отсутствием эффекта» и не только немедленно прекратили употреблять, но и вернулись в исследовательскую лабораторию и посоветовали другим пациентам не следовать их примеру.

Впервые за всю историю медицины появились эмпирические данные о простом препарате, который, казалось, сулил полное излечение от зависимости. Название статьи отражает амбиции самих авторов: они называют метадон не «поддерживающим препаратом», но средством «медицинского лечения» зависимости. Метадон стал сенсацией. Уолтер Кронкайт рассказал о Доуле на программе вечерних новостей CBS и объявил, что «новый экспериментальный метод лечения дает надежду на свободу»[735], журнал *The New Yorker* посвятил Найсвандер специальный материал в двух частях, в котором инновационное использование метадона приравнивалось к изобретению микроскопа. Количество испытуемых выросло с 22 до 128[736], и наши исследователи продолжили выпускать научные статьи.

Масштабы их деятельности быстро росли. Глава Нью-Йоркского больничного комитета дал Доулу карт-бланш на открытие программы и предоставил ему пустующий этаж Главной манхэттенской больницы[737], расположенной на границе Ист-Виллиджа, который в то время был эпицентром социальных и расовых проблем в Нью-Йорке. Вскоре, в 1969 году, в Бруклине открылась первая клиника для добровольного лечения метадоном, ознаменовав тем самым, что из смелого экспериментального средства метадон превратился в общепринятое лекарство. Некоторое время спустя президент Никсон заявил, что метадон – «лучшее из доступных решений»[738] проблемы зависимости.

Метадон был лишь одним фрагментом фармацевтической революции, охватившей мир. В 1950 году во Франции открыли хлорпромазин – первый синтетический нейролептик, подаривший выздоровление многим пациентам, которых прежде считали неизлечимыми и держали в психиатрических больницах. Вскоре хлорпромазин появился в США под торговым наименованием «Торазин», и в то же время набирали популярность литий, ЛСД и малый транквилизатор «Милтаун». Казалось, что психиатрам наконец удалось взломать биологический код психических болезней[739] и

теперь все более широкий спектр душевных недугов можно будет лечить обычными таблетками. В сферу психиатрии вошел целый ряд новых психических проблем. Изменилась сама научная модель психической болезни[740]: новые препараты показали, что нейротрансмиссия является химическим процессом, а не электрическим, как считалось ранее, и это внушало уверенность в том, что с помощью этого знания получится открыть фундаментальные причины психических расстройств.

Тем не менее применение метадона вызвало серьезное сопротивление и критику. Представители медицинской профессии никак не могли отказаться от свойственного американцам преклонения перед воздержанием: один из ведущих специалистов по лечению зависимости сетовал в Журнале американской медицинской ассоциации, что «эти исследователи, очевидно, выдают зависимым людям наркотики, чтобы удовлетворить и увековечить их зависимость»[741]. Исследователь Харрис Исбелл, приехавший в клинику Доула из Нарко, просто не поверил, что бывшие наркоманы могут быть такими, и заявил: «Это вовсе не наркоманы»[742],[743]. Лидеры чернокожих общин тоже были против метадона, называя его «решением, которое предлагают нам белые обеспеченные американцы»[744], потерпевшие неудачу в решении истинных причин преступности, а именно концентрации нищеты и сознательной маргинализации «внутренних городов» и их жителей. Они считали, что это станет новой формой социального контроля: «Некоторые наши чиновники готовы подсадить на дешевый синтетический наркотик все население гетто, если это остановит преступность»[745]. Однако самые сильные возражения поступали от лидеров терапевтических сообществ, которые верили, что лечение зависимости требует кардинальной перестройки характера. Один из них заявил: «Метадон коварен. Он неэтичен. Он лечит симптомы, но не саму болезнь»[746].

С другой стороны, сами Доул и Найсвандер никогда не считали метадон чудодейственным лекарством, скорее они хотели использовать его как один из элементов более глубокой и комплексной реабилитации, восстановления гармонии между химией мозга, психикой и социальной ситуацией: «Наша цель заключается в реабилитации наркозависимых. Мы находимся в поиске наилучшего

способа спасти потребителей героина от тюрьмы, забрать их с улиц и вернуть в семьи, в школы, на работы»[747]. Помимо медикаментозного лечения, их программа предлагала пациентам дополнительные социальные услуги: за годы работы психотерапевтом Найсвандер поняла, что хотя самой по себе психосоциальной поддержки бывает недостаточно, чтобы решить все проблемы, тем не менее она необходима. Впрочем, временами, особенно когда их метод лечения и его легитимность подвергались особенно яростным нападкам, Доул и Найсвандер скатывались к оборонительной позиции и к упрощенным биологическим объяснениям природы зависимости. В резонансной статье 1967 года под заголовком «Героиновая зависимость – метаболическое заболевание» (Heroin Addiction – a Metabolic Disease) они утверждают, что корни зависимости лежат не в «аддиктивной личности», как предполагали целые поколения врачей Нарко, а в «неврологической предрасположенности»[748]. И в научных журналах, и в вечерних новостях Доул и Найсвандер твердили одно: метадон полностью устраняет «тягу к наркотикам» у пациентов и возвращает их к «нормальному состоянию», осуществляя ни много ни мало «блокировку» против дальнейшего употребления наркотиков[749]. Это лишь подлило масла в огонь: позднее сам Доул признавал[750], что их заявления были чересчур категоричны и порождены не столько научной точностью, сколько желанием что-то возразить критикам. Не было никаких принципиальных противоречий между различными подходами – медикаментозной терапией, другими видами лечения и взаимопомощью, – так как они не взаимоисключающие. И тем не менее мало кто был полностью открыт к плюрализму в вопросе лечения зависимости[751].

Терапевтический подход к зависимости порождал огромный энтузиазм, однако вся эта энергия распылялась на множество различных пониманий и стратегий решения проблемы – от терапевтических сообществ до зарождающихся реабилитационных центров, от ранних метадоновых клиник до тех немногих врачей, которые действительно лечили зависимость. Все эти люди никак не могли найти общий язык и решить, что же такое зависимость: физическое заболевание, расстройство характера, духовный недуг или нечто совершенно иное? Общему делу мешали внутренние

противоречия. Тем временем наступили 1960-е, и представителей среднего класса беспокоила наркокультура, которая, казалось, вышла из-под контроля. Их собственные дети, появившиеся на свет во время послевоенного всплеска рождаемости, уже становились подростками и начинали экспериментировать с наркотиками. В 1967 году 50 тысяч человек собрались в Сан-Франциско на фестивале Human Be-In: они размахивали флагами с изображением листа каннабиса и закидывались «кислотой». Это мероприятие познакомило пригороды со словом «психоделики». Начиналась эра Водолея, и представители среднего класса боялись, что героин примет эстафету: в *Time* вышла статья под заголовком «Героин – гроза молодежи» (Heroin Hits the Young), *Life* предостерегал родителей от «болезни гетто»[752] – героиновой зависимости, которая расползалась по мелким городкам, а газета *Newsday* получила Пулитцеровскую премию за расследование «героинового следа», который вел в пригороды на Лонг-Айленде.

В 1968 году Ричард Никсон выиграл президентские выборы, построив свою политическую кампанию на доктрине «закона и порядка» и обещаниях «покончить с преступностью», которые неприкрыто апеллировали к давно тлеющим расистским настроениям. Никсон ловко связал[753] волну городской наркомании с расовыми опасениями той части населения, которая сопротивлялась и даже активно выступала против предоставления цветному населению гражданских прав. Выражаясь словами его советников, «вся проблема была в черных»[754], и, чтобы получить их голоса, «необходимо преследовать расистов». Со стороны казалось, что Никсон собирается вернуться к полному запрету наркотиков: он был пуританин, он ненавидел гедонистические мероприятия вроде фестиваля Вудсток, он ужесточил борьбу с наркотиками в Мексике (в итоге вытеснив с рынка мелких производителей и создав условия для возникновения картелей), а позднее он заявил, что «война против наркотиков – наша вторая гражданская война»[755][756]. Тем не менее громкие заявления Никсона резко расходились с делом, тем более что параллельно он призывал к разработке программ массового просвещения, научных исследований и лечения зависимости[757]. Вторая волна героиновой эпидемии была на подходе, и оставалось неясным, какие настроения возобладают и сможет ли кто-то справиться с этой бедой.

Десять. Нулевая толерантность

В дверь уверенно входит Джози – элегантная пуэрториканка с высоким хвостом, аккуратным макияжем и длинными ногтями, которые слегка царапают мое запястье, когда она пожимает мне руку. Затем мы начинаем говорить о ее прошлом. Несколько изнасилований в приемных семьях. Опиоиды, которые, как она выяснила, отлично справляются с навязчивыми мыслями, а также с неоправданными чувствами вины и стыда, свойственными многим из тех, кто пережил трудное детство. Дилер, который превратил ее в наркокурьера, когда у нее кончились деньги. Она обрывает себя на полуслове, замалчивает важные детали, меняет тему, хотя знает, что для ее же пользы нужно рассказать мне все без утайки.

Я встречаюсь с Джози в рамках моей работы в судебной психиатрии. Моя задача состоит в том, чтобы провести оценку и выдать заключение о «надлежащем уровне ухода» в ее случае. Она уже не раз сталкивалась с лечением в рамках уголовно-правовой системы, в том числе прошла несколько жестких буткемпов, построенных на идее конфронтации в целях терапии, но все они лишь усугубляли ее травму, и если у нее случалась паническая атака или личностный конфликт, ее просто называли «истеричкой» и выписывали. Нынешняя программа лечения включает в себя кое-какие мягкие психиатрические препараты, но никаких лекарств от самой зависимости: ни метадона, ни бупренорфина. По состоянию на 2014 год только один из 20 пациентов, направленных на терапию правоохранительной системой, получает для лечения опиоидной зависимости эти препараты, которые потенциально спасают жизни[758].

Так каков же «надлежащий уровень ухода» в случае Джози? Это удручающий вопрос, учитывая разрыв между реальностью, в которой она живет, и идеалом: эффективная психотерапия травмы, стабильные отношения с хорошим терапевтом и доступ к препаратам, которые доказанно снижают риск смерти от передозировки. Если повезет, ей позволят продолжать получать психиатрические препараты, которые она принимает сейчас: они помогают, но их явно недостаточно. Если

повезет еще больше, ей позволят жить в обстановке, которая не слишком напоминает лагерь подготовки новобранцев. Вот и все.

Закончив ординатуру, я посвятил год изучению судебной психиатрии, и тогда я впервые столкнулся с пациентами вроде Джози. Один день в неделю я работал в Нью-Йоркской женской тюрьме строгого режима, и оказалось, что у каждой пациентки, направленной в наше психиатрическое отделение, в прошлом были обвинения в мелких преступлениях, связанных с наркотиками, а также психическая травма. Многие из них, чтобы скостить себе срок, отправлялись в жесткие реабилитационные буткемпы, где их обривали наголо и заставляли отжиматься в снегу под окрики персонала[759]. Эти истории не давали мне покоя. Мне казалось несправедливым, что если бы мне не так повезло родиться тем, кем я родился, моя история могла бы повернуться совсем иначе. Полицейские, которые приехали ко мне, решили отвезти меня – белого парня, живущего в приличном районе на Манхэттене, – не в участок, а в больницу. Если бы я был черным и жил в другом районе, то мог бы отправиться в тюрьму, как многие другие обитатели нашей масштабной пенитенциарной системы, а мог бы просто получить пулю и погибнуть.

Приблизительно 50 лет назад США находились на пороге нового терапевтического подхода к зависимости; казалось, что он позволит полностью отказаться от карательной политики в пользу сострадательного и доброго отношения. Но в решительный момент страна начала терять терпение, усомнилась в самой идее реабилитации и снова вернулась на путь запретительных мер, которые, как бы это ни противоречило здравому смыслу, проникли и в систему лечения зависимости.

17 июня 1971 года, посреди второй героиновой эпидемии, Никсон объявил «войну против наркотиков». В том году американцы назвали героиновую зависимость третьей по серьезности проблемой в стране[760] – хуже были только казавшаяся бесконечной война во Вьетнаме и стагнация экономики. (Для сравнения, в 2019 году, в разгар опиоидного кризиса, о котором трубили во всех газетах, наркотики и наркомания оказались только на 12-м месте в списке самых серьезных проблем[761].) Усиливало панику и то, что героин сопровождал военные действия во Вьетнаме: более трети американских солдат

пробовали этот наркотик[762]. По центру Сайгона расхаживали уличные торговцы, которые рассовывали пузырьки с 95 %-ным героином в карманы гуляющих солдат[763], и даже к комиссии Конгресса в сопровождении вооруженного отряда несколько раз подходили дилеры[764]. В 1971 году два конгрессмена[765] провели несколько резонансных пресс-конференций, на которых озвучили, что от 10 до 15 % всех американских военных во Вьетнаме имеют героиновую зависимость. В унисон с этими тревожными настроениями в телепередаче, посвященной объявлению войны против наркотиков, Никсон предсказал, что наркотики уничтожат Америку, и заявил (бездоказательно), что потребители героина ежегодно совершают имущественные преступления на общую сумму 2 миллиарда долларов[766].

Оглядываясь назад, мы видим, что война Никсона – и это самое удивительное – имела очень терапевтическую окраску: впервые в истории войн против наркотиков бóльшая часть финансирования была направлена не на карательные практики, а на лечение[767]. Никсон также представил стране нового лидера борьбы с наркотиками – еще одного «выпускника» Нарко, довольно молодого психиатра по имени Джером Джаффе[768]. Впоследствии администрация президента взяла на контроль всю федеральную программу лечения наркозависимости и выделяла на эту деятельность огромные средства. Кто-то из советников Никсона назвал этот период «эпохой Камелота в наркополитике», а один ученый окрестил Никсона «первым терапевтическим президентом»[769].

Тем не менее на федеральном уровне власти оставалось еще много противников терапевтических подходов к зависимости, в особенности лечения метадоном. Еще со времен Гарри Анслингера ФБН всячески противилось поддерживающему лечению и задействовало свои рычаги, чтобы помешать этому на международной арене: в начале 1940-х мексиканское правительство попыталось легализовать поддерживающее лечение, но Анслингер ввел полное эмбарго на морфин, так что программа не просуществовала и шести месяцев[770]. Федеральные прокуроры тоже долгое время препятствовали попыткам проводить поддерживающее лечение, хотя для такого запрета не существовало законодательной базы[771]. Так что, когда в ФБН

услышали об экспериментах Доула и Найсвандер с метадоном, они были недовольны.

Вскоре после начала исследований ФБН отправило к Доулу агента с угрозами. Доул нашел этого агента, который стучал кулаком по столу и выкрикивал «Вы нарушаете закон!», чересчур заносчивым и немного комичным. Доул отлично знал, что никаких законов они не нарушают. Он был достаточно искушен и опытен в руководстве научными проектами и успел заручиться поддержкой губернатора Нельсона Рокфеллера. В процессе переговоров их юристы, к собственному удивлению, обнаружили, что закона, однозначно запрещающего поддерживающее лечение, никогда не существовало. Так что Доул был спокоен. Как он вспоминал позднее, он невозмутимо посмотрел на разъяренного агента и спокойно предложил: «Подайте на меня в суд, и там посмотрим, что к чему»[772]. Агент сразу же изменился в лице: Доул раскрыл его блеф.

В последующие годы метадон, казалось, завоевал себе прочную позицию в медицинской сфере. И хотя ФБН не сдавалось и даже пустило слух, что Доул и Найсвандер якобы сфабриковали результаты исследований, на программы лечения метадоном пролился золотой дождь. Но деньги, как водится, оказались не только спасением, но и проклятием. Программы открывались так быстро и в таком количестве, что не хватало квалифицированных кадров. В Нью-Йорке даже самые убежденные сторонники такого лечения призывали департамент здравоохранения придержать коней[773]. Проблема заключалась отчасти в недобросовестных врачах, которые нелегально зарабатывали на пациентах, но чаще метадоновые клиники попросту служили «заправочными станциями» и только выдавали препараты, не предоставляя никаких дополнительных реабилитационных услуг, которые Доул и Найсвандер включали в свою исходную программу: ни профессионального обучения, ни других мер социальной поддержки. Один корреспондент *The New York Times* дважды ходил в клинику, где купил 280 миллиграммов метадона всего за 30 долларов[774] (обычная начальная доза составляла 20–30 миллиграммов). При этом он не только не имел никаких симптомов зависимости – у него даже не спросили документы. Возросло немедицинское употребление метадона, было зафиксировано несколько летальных случаев передозировки. Доул и Найсвандер, вложившие всю душу в создание

целостной, сострадательной реабилитационной программы, обескураженно наблюдали за развитием событий. Доул сетовал на «глупцов, полагающих, что можно решить сложную социальную проблему, просто раздавая метадон направо и налево»[775].

Сторонники прогибиционизма в федеральных властях использовали ситуацию как аргумент против метадона. Помимо преследований Доула и Найсвандер, они подняли панику по поводу черного рынка метадона, воспользовавшись напрашивавшейся ассоциацией с наркоманией в черных гетто, и ввели целый ряд поправок и правил, призванных ограничить его распространение[776]. Они не могли совсем избавиться от метадона, но могли усложнить его оборот и превратить этот вид терапии в еще один инструмент контроля. Всего за несколько лет лечение метадоном превратилось скорее в правоохранительную, чем медицинскую практику[777]: частные врачи больше не имели право предлагать пациентам амбулаторное лечение, и назначать метадон для лечения зависимости могли только получившие федеральную лицензию медицинские учреждения (находившиеся по строгим контролем ФБН). В 1981 году бывшая коммунистка Мари Найсвандер с иронией отметила, что «заговорила как республиканцы»[778], имея в виду свою критику чрезмерного федерального контроля за использованием метадона. В наши дни программы лечения метадоном сталкиваются с рядом проблем[779], и большинство из них связаны с излишне жестким регулированием, сохранившимся с тех самых пор: ригидная, необоснованная система расчета дозировок, негибкое расписание, высокая стоимость лечения, неадекватная психотерапия и недостаток дополнительных мер социальной поддержки.

Кроме того, метадон остается одним из ярчайших примеров расовой дискриминации в понимании и лечении зависимости[780]. Обитателям черных гетто долгое время приходилось бороться за лечение: к примеру, в 1970-х чернокожие и пуэрториканцы постоянно проводили сидячие забастовки и акции протеста[781], чтобы вынудить больницы открыть отделения для лечения наркозависимости. Как-то раз демонстранты на четыре дня оккупировали психиатрическое отделение Больницы Святого Луки в Гарлеме, чтобы добиться лечения для подростков. Извечная проблема зависимости в цветных сообществах слишком часто используется для подкрепления стигмы и

оправдания прогибиционистских подходов: наркозависимость подается как их добровольный выбор и признак безответственности. На структурном уровне эту проблему представляют как неизбежный результат бедности и других фундаментальных причин, вполне ожидаемый[782], а следовательно, относящийся к уголовно-правовой сфере. Однако другие теории зависимости предполагают совершенно иные подходы к ее лечению.

Препарат бупренорфин впервые был использован для лечения зависимости исследователями Нарко в 1975 году, но долгое время оставался недооцененным из-за стигматизации поддерживающего лечения, а также ограничений, наложенных на аналогичное использование метадона. Как отмечают исследователи Сэмюэл Робертс и Хелена Хансен, бупренорфин стал доступен только тогда, когда опиоидная эпидемия была признана проблемой белых американцев. В конце 1990-х сторонники терапевтического подхода предостерегли Конгресс, что «наркозависимость распространяется из городских районов в пригороды», а «нынешняя система» лечения метадоном «не способна решить проблему наркомании в пригородах»[783]. Конгресс в ответ на это принял законодательные поправки, разрешавшие в особых случаях амбулаторное лечение бупренорфином, который представлял собой фармацевтическую клиническую альтернативу карательному подходу. Однако такое право предоставлялось лишь по особому разрешению и тем врачам, которые работали с пациентами, оплачивавшими лечение самостоятельно или имевшими частную страховку. Разумеется, три года спустя около 90 % пациентов, принимавших бупренорфин в США, были белыми[784]. (На самом деле, немногие возражения против легализации бупренорфина поступили от членов Конгресса, которые справедливо предполагали, что этот препарат будет доступен только платежеспособным пациентам, а люди с низким доходом, страдающие зависимостью, останутся за бортом.) И сегодня бупренорфин чаще принимают белые пациенты[785], и этот препарат остается частью совершенно изолированной системы лечения зависимости среди белых представителей высшего класса[786], тогда как большинство пациентов, относящихся к маргинальной части населения, до сих пор существуют в парадигме контроля родом из 1970-х.

По иронии судьбы стигматизация медикаментозной терапии проникла и в некоторые 12-ступенчатые программы, играющие сегодня ключевую роль в лечении зависимости. Это создало совершенно ненужный конфликт между терапевтическим подходом и подходом, основанным на взаимопомощи, которые вовсе не исключают друг друга. Ранние лидеры Анонимных Наркоманов положительно отзывались о метадоне. Среди них был и отец Дэниел Иган, который в начале 1960-х часто упоминался в новостях как «наркопреподобный»[787] – такое прозвище он получил за беззаветное служение нью-йоркским наркозависимым. Однако правительственная борьба против метадона обратила 12-ступенчатые сообщества против медикаментозной терапии[788], и это неприятие дошло до такой степени, что вскоре людям, получающим метадон, не позволяли принимать на себя обязательства и даже говорить на собраниях АН. Соответственно, они стали избегать 12-ступенчатых программ или умалчивать о том, что принимают метадон. Еще в 1996 году попечительский совет АН настоятельно рекомендовал не разрешать людям на метадоне выступать и председательствовать на собраниях групп, и до сегодняшнего дня официальная позиция АН заключается в том, что пациенты, получающие медикаментозное лечение, не могут называться «чистыми»[789].

Аналогичная стигматизация распространяется на все психиатрические препараты. Отчасти это объясняется естественной ответной реакцией групп взаимопомощи и пациентов в ремиссии на безответственное назначение наркотических препаратов: амфетаминов, барбитуратов и бензодиазепинов. Еще в начале 1940-х в публикациях АА зависимость от седативных препаратов называли «пьянством в таблетках»[790]. Важно также отметить, что культура 12-ступенчатых сообществ неоднородна и динамична и отношение к медикаментозной терапии варьируется от группы к группе и продолжает меняться по сей день. И все же очевидно, что во многих программах лечения, в особенности близких к философии 12-ступенчатых групп, людей заставляют отказываться от психиатрических препаратов, руководствуясь ложным идеалом «свободы от наркотиков»[791]. Мне доводилось слышать о программах

лечения, которые отказывали в помощи людям, принимающим сердечные препараты.

Лекарства от зависимости – особенно от опиоидной зависимости – спасают жизни. Многочисленные исследования, от тщательно контролируемых клинических испытаний до масштабной оценки врачебных практик, показали, что бупренорфин и метадон снижают смертность среди пациентов с опиоидной зависимостью как минимум вдвое[792]. Недавнее исследование, охватившее более 40 000 пациентов[793], показало, что среди всех способов лечения – как медикаментозного, так и психотерапевтического, интенсивного амбулаторного или стационарного – бупренорфин и метадон являются единственными методами, снижающими количество передозировок. (Существует еще один, более новый препарат, используемый при проблемах с употреблением опиоидов, – налтрексон пролонгированного действия. Он тоже эффективен и в меньшей степени затронут стигматизацией.) Сейчас можно наблюдать признаки смягчения позиции некоторых сообществ, которые раньше негативно относились к медикаментозному лечению, однако это очень медленный процесс, и принятие часто бывает неполным. Так, в 2012 году Хазельден объявил[794], что будет предлагать пациентам бупренорфин. Но, как и многие другие реабилитационные центры, он не позволяет своим клиентам принимать метадон[795].

Откат к запретительным мерам в отношении метадона был лишь одним из событий в довольно неоднородном ландшафте наркополитики второй половины XX века. К примеру, политика в отношении каннабиса в 1970-х была на удивление взвешенной и продуманной, о чем свидетельствует тот факт, что в 1972 году Национальная комиссия по употреблению марихуаны и наркотиков[796] выпустила подробный отчет, в котором не рекомендовалось вводить «тотальный запрет» и содержались призывы к декриминализации хранения и личного употребления каннабиса. Никсон, как и следовало ожидать, этот отчет проигнорировал[797], однако при президентах Форде и Картере коалиционные правительства вдумчиво изучали возможности декриминализации каннабиса. В 1975 году администрация Форда выпустила важный официальный документ[798],

призывавший соотносить карательные меры со степенью вреда, причиняемого конкретным веществом, и рекомендовавший снизить приоритет борьбы с каннабисом и вместо этого направить больше усилий на контроль за оборотом амфетаминов, барбитуратов и героина, поскольку эти вещества представляют бóльшую угрозу. Тем временем новый Национальный институт по борьбе со злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом и Национальный институт проблем злоупотребления наркотиками продолжали развивать терапевтический подход к зависимости.

Впрочем, если посмотреть в несколько ином ракурсе, атака на метадон была симптомом нового подъема прогибиционистских настроений, которые превратили прогрессивные реформы в инструменты подавления и контроля в последующие годы. Так, Закон о контролируемых веществах от 1970 года изначально представлял собой довольно либеральный пакет реформ, отменяющий минимальные обязательные меры пресечения и поддерживающий лечение и исследование зависимости. Он способствовал введению новых и довольно эффективных ограничений для производителей седативных и стимулирующих препаратов, чтобы уменьшить ущерб, наносимый этими легальными веществами, не вводя при этом тотальный запрет. Однако предоставив Министерству юстиции дополнительные полномочия по установлению системы рангов и правил, регулирующих оборот психоактивных веществ, этот закон усилил влияние федеральных властей на рынок наркотических препаратов и тем самым создал условия для введения все более запретительных и карательных мер[799], которые лишь расширили пропасть между медицинским и немедицинским употреблением. Вскоре после этого Никсон учредил совершенно новый федеральный орган по борьбе с наркотиками и разработал ряд эффективных правоприменительных практик[800]: обыски без предупреждения, прослушка, превентивные задержания и так далее. Он велел ЦРУ присоединиться к борьбе против наркотрафика и объявил «тотальную войну», пообещав, что наркоторговцев будут преследовать, «куда бы они ни спрятались»[801].

Когда случился Уотергейтский скандал и президентство Никсона оказалось под угрозой, разрыв между его воинственной риторикой и разумной, взвешенной наркополитикой стал бросаться в глаза, и он

перешел к жестким запретительным мерам. Финансирование подразделений по борьбе с наркотиками возросло с 34 миллионов долларов в 1969-м до 217 миллионов долларов в 1974 году[802], а финансирование программ лечения, напротив, сократилось. В 1973 году Никсон учредил Управление по борьбе с наркотиками (УБН)[803], в котором объединились функции ряда федеральных агентств, участвовавших в войне против наркотиков, включая 50 бывших оперативников ЦРУ. Так родилось новое суперагентство, мощное подразделение внутренней разведки, которое Никсон, по слухам, планировал использовать против собственных врагов. В том же 1973 году Нельсон Рокфеллер[804], губернатор Нью-Йорка, поразил нью-йоркское законодательное собрание, призвав к введению драконовских мер против наркотиков, включая пожизненное заключение для уличных торговцев. А еще чуть позже в тот же год Никсон в своей известной речи настаивал на «более жестких наказаниях и более мощном оружии»[805] в этой войне, требуя возвращения суровых минимальных мер пресечения, вплоть до пожизненного заключения без права досрочного освобождения.

В целом в политике правоохранительных органов наблюдался поворот к карательному подходу, и сострадательные идеалы 1960-х уступали место криминализации бедности. В одном комментарии, опубликованном в *The New York Times* в 1973 году, влиятельный консервативный политолог Джеймс Уилсон предложил «полностью отказаться от теории реабилитации в пользу исправительных мер»[806]. Со временем и другие реформаторские нововведения 1960-х и начала 1970-х были преобразованы согласно веяниям времени[807]: так, средства, выделяемые на модернизацию полиции, вкладывались в оборудование для слежки и контроля над бедными городскими кварталами.

Когда прогибиционизм и страх перед наркотиками возобладали в начале XX века, это означало конец терапевтического отношения к зависимости. Однако на этот раз кое-что было иначе. В системе лечения зависимости назревала собственная идеология нулевой толерантности.

Гарольд Хьюз[808] был гигантом – как в прямом смысле, так и в переносном. Этот сенатор ростом 190 см и весом более 110 килограммов, известный своим раскатистым басом и энергичным, проповедническим стилем речи, помог Марти Мэнн протолкнуть ее инициативы в национальное законодательство на рубеже 1970-х. Он был настоящим героем движения за права алкоголиков. Он открыто объявил себя выздоравливающим алкоголиком и стал не только главным автором одноименного национального законодательного акта об алкоголизме – закона Хьюза, – но и выдвинул свою кандидатуру на пост президента. Когда Никсон пытался заблокировать федеральное финансирование программ лечения алкоголизма, пользуясь правом вето и удерживая средства, Хьюз выступил против него в Конгрессе[809], и в мае 1974 года, спустя несколько дней после начала слушаний об импичменте, Никсон подписал новый закон Хьюза, открыв шлюзы для денежных потоков.

Поэтому, когда несколько тысяч профессионалов собрались в Сан-Франциско на конференцию по лечению зависимости год спустя, они ожидали, что сенатор Хьюз в своей речи выскажется в поддержку их зарождающегося движения. Вместо этого Хьюз, поднявшись на сцену, сделал им серьезное предупреждение. Он сказал, что сфера лечения зависимости начинает напоминать «промышленный комплекс», «новую гражданскую армию», быстро приобретающую официальный статус. Он выразил опасение, что деньги и власть испортят это начинание. Он призвал слушателей спросить себя: действительно ли они стремятся помочь людям в беде, или же лечение зависимости стало «способом потешить свое эго, занимаясь подавлением людей под видом помощи»[810].

Сфера лечения зависимости и в самом деле переживала бурный рост. Численность программ лечения алкоголизма увеличилась в пять раз с 1973 по 1977 год[811], и нечто подобное происходило с программами лечения наркозависимости. Помимо щедрого федерального финансирования, лечение все чаще покрывали частные страховки, и эта тенденция усиливалась из-за появления новых частных программ лечения. С 1942 года в США заметно возросло количество пациентов, получающих лечение от алкоголизма: на заре

движения, основанного Марти Мэнн, их было чуть меньше 100 000, а в 1976 году – более миллиона человек[812].

Однако взрывообразный рост повлек за собой появление вредной идеи, согласно которой все расстройства употребления психоактивных веществ представляли собой одно и то же, и сторонники этой идеи были невосприимчивы к альтернативным точкам зрения. Как и в случае с метадоновым лечением, слишком бурное развитие отрицательно сказывалось на качестве программ. Из-за острой нехватки кадров[813] на программы нанимали недавно завершивших лечение пациентов, для которых проводили короткие обучающие курсы, после чего назначали на должность «консультантов». При этом отсутствовала какая бы то ни было система аттестации, стандарты профессии и даже самый элементарный контроль качества. Кроме того, подавляющее большинство реабилитационных центров, буквально купаясь в прибыли, не имели никакого стимула развиваться. В основном они придерживались устоявшейся модели: диагностировали зависимость у всех подряд, лечили всех по одинаковой 20-дневной схеме, навязывали программу АА как единственный метод лечения и выписывали пациентов по завершении программы, не предоставляя никакого последующего сопровождения.

В результате, как и предупреждал Хьюз, эти программы загоняли людей в жесткие рамки закостенелой идеологии. Независимо от специфики и тяжести проблем конкретного пациента, у всех диагностировали зависимость, и программы предписывали всем пациентам полное воздержание. Как прямо заявил директор центра Бетти Форд в 1988 году: «Пациенты спрашивают, необходимо ли им обращаться в АА после лечения у нас. Я скажу так: совершенно необходимо. Когда вы покидаете наш центр, вы должны пойти в АА, иначе ничего у вас не получится»[814]. Объединив целый спектр различных проблем под единым диагнозом, программы упустили ряд важных нюансов и отдали предпочтение узкому пониманию, которое противоречило изначальной цели 12-ступенчатых программ. Основатели АА, разрабатывая свою программу для людей, добровольно обратившихся за помощью, сформулировали емкую и гибкую концепцию зависимости, которая допускала различные толкования. Теперь, в рамках масштабной индустрии лечения зависимости, эта концепция радикально изменилась[815].

Такой категорический подход к лечению вреден, поскольку, как доказывают современные исследования, полное воздержание не всегда является наилучшей целью и стратегией для пациентов, имеющих проблемы с алкоголем или наркотиками. Многим людям, выздоровевшим от зависимости, действительно нужно полное воздержание, чтобы избежать рецидива, однако другие вполне способны соблюдать умеренность в употреблении даже после серьезных проблем, а кто-то может улучшить качество жизни, совсем не сокращая потребление[816]. Более того, многие люди сопротивляются идее полного воздержания, поэтому навязывание этой стратегии может привести к неудаче. Слишком настойчивые призывы к воздержанию могут даже спровоцировать эффект компенсации[817]: возобновив употребление вещества после периода добровольного воздержания, пациенты, испытывающие вину, стыд и безысходность, будут более склонны снова превышать безопасные дозы. Однако в 1970-х, когда появились первые научные исследования с подобными выводами, их встретили в штыки.

В середине 1970-х исследовательский центр RAND собрался провести масштабную оценку деятельности 45 центров по лечению зависимости, учрежденных Национальным институтом по борьбе со злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом. Сам институт был основан после принятия закона Хьюза в 1970 году. Это было крупнейшее на тот момент исследование лечения алкоголизма. Начали просачиваться первые предварительные результаты, и пошел слух, что ученые сделали поразительное наблюдение: люди, которые возвращались к умеренному употреблению алкоголя после лечения, справлялись не хуже, тем те, кто выбрал полное воздержание, – в обеих группах уровень рецидивов был одинаковым.

Результаты исследования RAND подрывали господствовавшую в то время идеологию полного воздержания, и самые ярые активисты антиалкогольного движения пришли в бешенство, в особенности Томас Пайк, калифорнийский нефтяной магнат и ревностный член организации НСА, основанной еще Марти Мэнн. Пайк был одним из самых влиятельных республиканцев в Южной Калифорнии. В 1970 году он сыграл важную роль в принятии закона Хьюза: когда Никсон решил было похоронить этот закон, прибегнув к «карманному вето», Пайк призвал на помощь своих друзей-бизнесменов[818] и позвонил

прямо в его офис, использовав свой авторитет бывшего председателя финансового комитета Республиканской партии в Калифорнии, родном штате президента. В итоге Никсон подписал законопроект.

Благодаря АА Пайк оставался трезвым всю оставшуюся жизнь: когда он умер в 1993 году, его стаж трезвости насчитывал 47 лет. Он нутром чуял, что умеренность как цель лечения может представлять угрозу. В «Большой книге» АА возможность умеренного употребления алкоголя названа «величайшим искушением алкоголика»[819], песней сирен, которая привела несметное число алкоголиков к зависимости и смерти. «Мы все как один убеждены, что алкоголики, подобные нам, подвержены прогрессирующей болезни. На протяжении любого длительного периода нам становится только хуже».

Пайк, Мэнн и другие активисты антиалкогольного движения без устали работали над тем, чтобы потопить отчет RAND. Пайк, по его собственным словам, «дрался с авторами отчета, словно тигр»[820], а когда правление *RAND* все же решило обнародовать результаты, он вышел из его состава в знак протеста. В качестве последнего средства они пытались надавить на главу Национального института по борьбе со злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом, чтобы тот остановил публикацию, но он отказался[821].

В 1976 году с разницей в несколько дней RAND и НСА провели две взаимно недоброжелательные пресс-конференции, и их полемика попала на первые полосы *The New York Times* и множества других СМИ. Члены НСА подвергали сомнению беспристрастность исследователей из RAND и называли их отчет «предвзятой полемикой», а также «неэтичной и беспринципной игрой в русскую рулетку с жизнями людей»[822]. Один из руководителей НСА заявил: «Я опасаюсь, что многие люди снова попробуют спиртное и многие из них в результате умрут»[823]. Энок Гордис, будущий директор Национального института по борьбе со злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом[824], отметил, что «сфера алкоголизма отреагировала как церковь, в которой прозвучала ересь». Это была самая ожесточенная идеологическая битва за понимание зависимости в истории. Родоначальники антиалкогольного движения, может, и признавали разнообразие проблем с пьянством – даже в «Большой книге» АА говорится[825] о неоднородности этих проблем и о том, что некоторые

отчаянные пьяницы могут бросить пить самостоятельно, – и тем не менее теперь они выступали против научных данных, которые подтверждали эту идею. Ширилась пропасть между научными исследованиями зависимости и расхожими представлениями о ней.

В самом разгаре продолжающейся дискуссии супружеская чета психологов, Марк и Линда Собелл[826], лишь недавно начавшие исследования в области алкоголизма, разработали новое экспериментальное лечение с контролируемым употреблением алкоголя в государственной больнице «Паттон», расположенной у подножия горного хребта Сан-Бернардино в Южной Калифорнии. Пациенты отделения по лечению алкоголизма в этой больнице представляли собой тяжелые случаи: многие из них подвергались арестам, разводились, страдали белой горячкой, и вся их жизнь была разрушена до основания. Собеллы разработали программу, состоявшую из 17 сессий, призванных снизить употребление пациентами алкоголя благодаря некоторым поведенческим техникам: их учили определять крепость смешанных напитков, наблюдали за ними через камеры и применяли к ним болезненные электрические разряды, если пациенты поглощали свои напитки слишком быстро. Результаты, полученные после нескольких месяцев тщательного сбора данных, оказались невероятными: подопечные Собеллов, без всяких сомнений, справлялись намного лучше, чем обычные стационарные пациенты, получавшие стандартную групповую терапию и проходившие программу АА. Экспериментальные пациенты не только избавлялись от проблемы пьянства, у них улучшались отношения с семьей и друзьями, повышалась производительность на работе[827]. «Эти открытия прямо противоречат представлениям о необратимости алкоголизма», – утверждали Собеллы.

И снова научные результаты шли вразрез с господствующими представлениями о зависимости, и снова они были встречены в штыки. Один из бывших пациентов Собеллов, разочаровавшийся в их подходе[828], нашел единомышленников среди исследователей и врачей, в том числе Мэри Пендери, активно выступавшую с критикой отчета RAND и принимавшую участие в пресс-конференции от имени НСА. Они нашли других бывших пациентов экспериментальной программы, провели собственный анализ результатов и в 1982 году опубликовали в журнале *Science* сенсационное опровержение работы

Собеллов. В статье сообщалось, что большинство пациентов программы «контролируемого употребления» вернулись к пьянству либо умерли от проблем, связанных с алкоголем, а также утверждалось, что Собеллы представили искаженные результаты. Участвовавший в этом исследовании психолог Ирвинг Мальцман заявил в интервью *The New York Times*: «Вне всяких сомнений, это мошенничество»[829]. Эту историю подхватила выходившая на канале CBS телепередача «60 минут»[830], в которой – в дополнение к душераздирающей сцене на могиле одного из пациентов – Собеллы были представлены как наивные, некомпетентные исследователи, играющие с жизнями испытуемых.

В результате поднявшейся шумихи было проведено целых пять расследований, в том числе одно расследование специальной комиссией, состоявшей из руководителей федерального исследовательского агентства и следователя Конгресса, и Собеллы были полностью оправданы[831]. В конце концов, они ведь не утверждали, что открыли идеальный способ лечения алкоголизма. (На самом деле несколько участников их экспериментальной группы не справились с программой и выбрали полное воздержание.) Они только опубликовали данные, согласно которым их метод давал лучшие результаты, чем обычное лечение, и эти выводы были подкреплены доказательствами. Проблема – в глазах традиционного антиалкогольного движения – заключалась в том, что их открытия осложняли картину зависимости. Один из ключевых постулатов в исследовании Собеллов, позднее подтвержденный дополнительными данными, заключался в том, что некоторые люди, имеющие проблемы с пьянством, могут добиться значительных улучшений в качестве жизни и снизить причиняемый вред, не прибегая к полному воздержанию[832]. Приблизительно в то же время проводились и другие исследования с аналогичными выводами: причина употребления наркотиков заключается не только в бездумном биологическом воздействии самого вещества; некоторые люди могут употреблять такие наркотики, как героин, без серьезных последствий, и в целом люди с зависимостью не всегда страдают однозначной «потерей контроля»[833]. Исследователи-психологи разрабатывали новые, основанные на научных данных методы лечения[834], например

мотивационные интервью и терапевтические инструменты предотвращения рецидивов. В исследованиях того времени зависимость представала как более сложное и неоднозначное явление, и не было никаких причин для конфликта между методами взаимопомощи, устоявшимися программами лечения и новыми терапевтическими подходами. Появлялось место для новых, более разнообразных путей к выздоровлению. Однако, вместо того чтобы принять это, сфера лечения зависимости стала еще более поляризованной. Возникли серьезные разногласия и даже откровенное злоупотребление идеей зависимости, и это привело к печальным последствиям.

Летом 1976 года Марша Кит Шухард[835], профессор английского языка Университета Эмори, устраивала вечеринку в честь 13-летия дочери у себя дома, в пригороде Атланты. Ближе к вечеру Шухард пораженно наблюдала, как семиклассники шатаются по дому с красными глазами, хихикая, явно под кайфом, и от них странно пахнет. После вечеринки они с мужем пошарили на заднем дворе и пришли в ужас, обнаружив там бумажки, держатели для сигарет, окурки и маленькие пакетики с остатками марихуаны. Шухард, которая всегда считала себя человеком либеральных взглядов, вскоре неожиданно превратилась в активистку антинаркотического движения. Она создала из местных жителей, у которых были дети, Ассоциацию любопытных родителей (Nosy Parents Association), которая позднее была переименована в Семьи нации в действии (National Families in Action) и стала первой родительской организацией против наркотиков. Вскоре вокруг этой проблемы возникла целая коалиция из родительских групп, поднявшихся на борьбу с опасным, по их мнению, попустительством в отношении наркотиков.

Родительские ассоциации требовали введения дополнительных ограничений на наркотики, однако в конце 1970-х большинство людей вовсе не считали марихуану такой уж угрозой обществу[836]. Сторонники легализации приводили доказательства, что каннабис не так вреден, как это принято изображать, и президент Джимми Картер проигнорировал родительские призывы. Однако экономика переживала спад, консервативные настроения, напротив, росли, и ассоциации родителей стали, как выяснилось, лишь авангардом новой

идеологии нулевой толерантности к наркотикам. Очень скоро все население страны оказалось охвачено этой старой фантазией о тотальном запрете, уверовав в идеал «Америки, свободной от наркотиков».

В 1980 году Рональд Рейган стал президентом отчасти благодаря тому, что довел стратегию подковерного расизма Никсона до крайности, изображая получателей социальной помощи «королевами благосостояния» и «крепкими молодыми бездельниками»[837]. Заняв президентское кресло, он навел в администрации свои порядки и заменил технократов, отвечавших за наркополитику, новой командой советников, которые рассматривали «проблему наркотиков» как вопрос нравственности[838]. И сам Рейган, и в особенности его жена Нэнси полностью поддерживали родительское движение, ручейки которого слились в 1980 году в единую Национальную федерацию родителей за молодость без наркотиков (National Federation of Parents for Drug Free Youth). Как и Гарри Анслингер, и в свое время Гамильтон Райт, Рейган не изобрел нового антинаркотического движения, а просто вернулся к хорошо забытому старому, использовав проблему наркотиков как убедительное оправдание для введения карательных мер.

Снова распространилось представление о зависимости как результате личного выбора и недостатка нравственности. Рейган называл наркотики причиной зависимости, но решение видел не в финансировании лечения, а в возложении ответственности на индивида и пропаганде семейных ценностей[839]. (Маргарет Тэтчер по другую сторону океана придерживалась той же позиции, и власти Великобритании восхваляли «самопомощь и личную инициативу»[840] и преуменьшали важность государственной поддержки.) Организация «Матери против пьянства за рулем»[841], основанная в том же 1980 году, собрала миллионы долларов и привлекла пристальное внимание публики, сосредоточив свои усилия на конкретном индивидуальном проступке – вождении в пьяном виде, – что отличало их от других организаций, которые пытались указать на последствия маркетинга алкогольной продукции. Вместе с тем такой моралистский подход к зависимости еще больше углубил разделение психоактивных веществ на фармацевтические препараты и наркотики[842], позволив сторонникам дерегулирования урезать бюджеты Управления по

надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA), ослабить контроль этого управления над фармацевтической промышленностью и добиться разрешения на рекламу фармацевтических препаратов перед конечными потребителями, что привело к заметному росту употребления седативных средств, стимуляторов и в особенности опиоидов. Это подготовило почву для появления в 1990-х «Оксиконтина», который продвигался как безопасный для «длительного применения» препарат.

В условиях очередного расцвета прогибиционистских настроений в правящих верхах война против наркотиков обеспечила политическое прикрытие для расширения полномочий правоохранительных органов[843]. В июне 1982 года Рейган снова объявил наркотикам войну, «сняв флаг капитуляции»[844] – который, как подразумевалось, развевался над администрацией президента Картера – и «подняв боевой флаг». Эта новая война послужила поводом для наступления федеральных властей на уличную преступность, а следовательно, и увеличения финансирования федеральных агентств[845]. В свою очередь, это привело к принятию новых законов о конфискации имущества[846], которые позволяли правоохранительным органам изымать частную собственность без всяких доказательств совершенного преступления. Когда в середине 1980-х разразилась эпидемия крэка, были наняты специальные сотрудники, отвечавшие за информационную кампанию об опасности этого наркотика, а УБН было поручено обеспечивать медийное освещение самых душещипательных историй, что было несложно, учитывая, что даже ученые быстро подхватили редукционистский взгляд, согласно которому крэк являлся «самым аддиктивным из известных человечеству наркотиков» и вызывал «практически мгновенное привыкание»[847].

В одной известной речи 1986 года Рональд Рейган подлил еще масла в огонь этой войны, призвав к «общенациональному крестовому походу против наркотиков – упорной, неустанной борьбе за то, чтобы очистить Америку от этой скверны, настроить все слои общества против злоупотребления наркотиками»[848]. В том же году Рейганы снова подняли ставки, выступив с кампанией «Просто скажи „нет“», а

кроме того, президент подписал закон против злоупотребления наркотиками – двухпартийную законодательную инициативу, вводившую обязательные минимальные сроки за наркопреступления. Этот закон устанавливал неравенство наказаний за крэк[849], который употребляли бедные чернокожие, и порошковый кокаин, который был в ходу у обеспеченных белых: порог применения обязательного минимального срока для порошкового кокаина был в сто раз выше, чем для крэка.

В 1980-х война против наркотиков была, в сущности, вообще никак не связана с зависимостью. Это была война против людей, употребляющих наркотики, и против чернокожих в целом, а зависимость служила лишь предлогом. Предводители этой войны использовали идею зависимости как оружие – традиция с долгой и славной историей в Америке. В частности, эта идея была важным элементом развивающейся системы массового заключения, принесшей Америке печальную славу самой богатой тюрьмами страны в мире[850]: население США составляет 5 % от населения планеты, зато в нашей пенитенциарной системе содержится 20 % всех заключенных. Аресты за наркотики стали одной из главных причин, по которым люди – в особенности цветные – попадают в уголовно-правовую систему. В наши дни чернокожих в два с лишним раза чаще, чем белых, арестовывают за наркопреступления[851], хотя статистика употребления наркотиков среди белых и черных американцев примерно одинаковая.

Влияние культурного восприятия употребления наркотиков невозможно переоценить: оно способствовало распространению страха перед зависимостью как опасной заразой, с которой необходимо бороться любыми средствами. Антинаркотические настроения подстегивались раздувающими панику СМИ, специальной информационной кампанией DARE[852], проводившейся в школах, а также антирекламой наркотиков в журналах и на телевидении. Работодатели тоже переключились на стандарт «нулевой толерантности». В августе 1986 года в знак поддержки этой тенденции Рональд Рейган, Джордж Буш и еще 78 высокопоставленных чиновников из Белого дома выстроились в очередь, чтобы сдать анализ мочи на наркотики[853], тем самым «подав пример» всей стране. В

последующие месяцы политики во время дебатов призывали своих оппонентов пройти проверку на наркотики.

В своем первом официальном обращении из Овального кабинета Джордж Буш изложил план, который позволит наконец-то «победить наркотики», – при этом он торжественно продемонстрировал пакетик с крэком, который, как он сообщил, можно купить прямо перед Белым домом. Буш и его советники хотели тем самым показать, что наркотик распространен повсеместно, хотя на самом деле никакие дилеры перед Белым домом, конечно же, не стояли. УБН пришлось заманить Кита Джексона, чернокожего подростка и мелкого уличного торговца, к Белому дому и заставить припарковаться поблизости, чтобы произвести показательный арест. (В ходе этой операции Джексон спросил у агента под прикрытием: «А где этот Белый дом ваще?»[854] – и это многое говорит нам о расовой сегрегации в городской среде.) Политикам и правоохранительным органам пришлось немало потрудиться для нагнетания паники по поводу наркотиков, но в конце концов им это удалось. В 1985 году менее 1 % американцев считали наркотики самой серьезной проблемой в стране, но в сентябре 1989 года, вскоре после обращения Буша, доля думающих так составила 54 %[855].

Проведя в реабилитационном центре несколько недель, наша небольшая компания врачей и других медицинских работников почувствовала себя единым сообществом. Нас сблизили долгие часы групповой терапии, ночные проверки и драгоценные полчаса вечернего перекуса перед телевизором в общей гостиной, прежде чем разойтись по кроватям. Другие члены группы были счастливы, что попали сюда, и это помогло мне увидеть в программе положительные стороны. У нее имелись серьезные недостатки: конфронтации, одинаковый подход ко всем пациентам и фокус исключительно на 12 шагах, отсутствие медикаментозной поддержки для людей с опиоидной зависимостью. Но было и хорошее.

Нам, медицинским работникам, на самом деле повезло. У большинства из нас была работа, где нас ждали, – в отличие от многих других пациентов. Среди остальных обитателей реабилитационного центра царило более подавленное настроение, некоторых пациентов досрочно выписывали, если у них заканчивалась страховка, хотя они

жаловались на симптомы абстиненции и сильную тягу к наркотику. Общая картина стала еще мрачнее, когда мы перешли ко второй фазе программы лечения, во время которой члены местного сообщества АА должны были подвозить нас на собрания. Постиндустриальное сообщество, окружавшее наш реабилитационный центр, все еще разгребало последствия экономического кризиса 2008 года. Из-за релокации производств за границу очень многие заводские рабочие остались не у дел, и на собраниях, которые проходили в тесных церковных подвалах или напоминающих пещеры, гулких залах профсоюзов, мы выслушивали людей, потерявших работу, не знающих, как прокормить семьи, и отчаянно пытающихся блюсти трезвость в обстановке полной безысходности. После собрания десятки участников ходили по комнатам с обходными листами условно-досрочного освобождения или иного судебного предписания. У людей, подвозивших меня на эти собрания, в машине всегда имелись устройства, блокирующие систему зажигания при превышении допустимого уровня алкоголя в крови. Не раз я начинал жаловаться им на свою жизнь, но, приглядевшись, понимал, что у меня все еще не так и плохо.

Я получал помощь и поддержку, у меня был доступ к программе лечения для врачей. Существовала целая система, созданная специально для того, чтобы заботиться о таких, как я. Многие из тех, кто мне встречался, сталкивались с гораздо более серьезными проблемами, однако получали лишь короткий детокс, судебное предписание о посещении 12-ступенчатой программы, алкотестер, анализы на наркотики – вот и все лечение. Несложно было заметить, что потребности большинства людей, оказавшихся в этой системе, не удовлетворялись, однако я не осознавал всех причин, пока не узнал больше о том, как война против наркотиков повлияла на систему лечения зависимости.

В наши дни система лечения зависимости в США переживает не лучшие времена – ее даже едва ли можно назвать системой. Существует более 15 000 специализированных программ лечения[856], обслуживающих 3,7 миллиона пациентов в год, и общая стоимость предоставленных услуг составляет 42 миллиарда долларов. Однако бóльшая часть этих услуг предоставляется частными учреждениями,

за которыми нет никакого надзора, качество программ оставляет желать лучшего, и повсюду процветает злоупотребление. «Вербовщики»[857] разъезжают по горячим точкам вроде Южной Флориды, отлавливают на улицах людей, употребляющих наркотики, и уговаривают их отправиться на реабилитацию, получая комиссионные за каждого нового клиента, на чьей страховке заработает реабилитационный центр. Эти центры берут оплату за ненужные тесты на наркотики, сотрудники некоторых клиник называют пациентов, которые приходят, только чтобы сдать мочу на анализ, «чистокровными»[858]. Как стационары, так и амбулаторные реабилитационные центры предлагают весьма широкий спектр методов лечения, оторванных от научной базы[859] и приведенных к некой усредненной модели, которая якобы должна подходить всем. На предлагаемых программах обычно не хватает лицензированного медицинского персонала, и они не уделяют должного внимания сопутствующим психиатрическим проблемам, которые нередко идут рука об руку с зависимостью, а кроме того, зачастую категорически отрицают использование жизненно важных лекарственных препаратов. Даже наиболее авторитетные программы в значительной степени строятся на модели неотложной помощи, в рамках которой считается, что после «выпуска» пациенты в состоянии справляться с воздержанием самостоятельно, невзирая на тот факт, что по статистике от 50 до 70 % людей, смотря по тому, от какого вещества у них была зависимость, возвращаются к употреблению в течение первого года после завершения лечения[860], до 35 % снова поступают на реабилитацию в течение года и почти 50 % повторно обращаются за лечением в течение двух-пяти лет.

Трагедия нынешней системы в том, что ее корни лежат в жестком прогибиционизме и криминализации употребления наркотиков 1980–1990-х. Стигматизация зависимости, равно как и эскалация войны против наркотиков, лишь подкрепила изолированный статус системы ее лечения, носящей довольно хаотичный и зачастую эксплуататорский характер. Когда начались массовые аресты по обвинениям, связанным с наркотиками, арестованных стали так же массово направлять на лечение[861], и многие клиники почти полностью переключились на обслуживание этой категории пациентов

и соответствующие источники финансирования. Примерно в то же время, когда возникла организация «Матери против пьянства за рулем», увеличился приток пациентов не только с наркотической, но и с алкогольной зависимостью: еще в 1983 году пациенты, получающие лечение в связи с вождением в пьяном виде[862] или прочими мелкими правонарушениями, составляли одну из самых больших групп в общем количестве. Даже сегодня пациенты, направленные на принудительное лечение после ареста, составляют более четверти от общего числа пациентов, чье лечение оплачивается государством[863]. Отсюда принудительный подход к лечению распространился на все остальное общество[864]: и работодатели, и школы направляют людей на лечение при первом же положительном тесте на наркотики, даже если нет никаких признаков зависимости и реальной потребности в лечении.

Этот негласный союз с прогибиционистскими силами изменил всю систему лечения зависимости, подтолкнув ее к более жестким методикам даже для самых привилегированных пациентов. Чтобы сломить предполагаемое отрицание и сопротивление клиентов, консультанты и сторонники интервенций прибегали к угрозам и наказаниям: к примеру, в одном материале, опубликованном на первой полосе *The Wall Street Journal* в 1983 году, рассказывалось об интервенции, в ходе которой сотрудник медицинской программы велел пациенту «заткнуться и слушать», поскольку «алкоголики – лжецы и мы не хотим слушать, что вы хотите сказать»[865]. Жесткие подходы подкреплялись завоевавшей широкую популярность идеей о том, что необходимо достичь «каменного дна» – это понятие было введено в исходную программу АА под влиянием Уильяма Джеймса и означало низшую точку духовного падения, однако теперь его стали использовать, чтобы привнести в программу лечения все более суровые наказания, вплоть до исключения из программы в случае срыва[866].

Такой подход к лечению повсеместно оправдывался 12 шагами, однако ирония ситуации состояла в том, что он весьма значительно отклонялся от изначальной философии АА. Миннесотская модель, также основанная на 12 шагах, создавалась для людей, которые столкнулись с серьезными проблемами и добровольно обратились за помощью. Однако, когда эти программы стали обслуживать более

широкий спектр пациентов, включая и тех, кто был направлен на лечение принудительно и полагал (возможно, вполне обоснованно), что лечение им не требуется, у них возникли трудности с адаптацией. На самом деле АА никогда не утверждали[867], что все, у кого есть проблемы с алкоголем, должны навсегда бросить пить или что программа АА предпочтительнее терапевтических подходов к зависимости. Другими словами, АА были основаны, чтобы помочь тем, кто потерял способность к контролю, страдал, часто срывался даже при наличии поддержки и в конце концов добровольно выбрал путь полного воздержания. Также они никогда не настаивали на понятии «болезнь» и признавали, что проблемы с алкоголем разнообразны, равно как и пути к выздоровлению.

Некоторые люди действительно отрицают наличие проблемы и сопротивляются попыткам помощи, так что им требуется вмешательство извне, однако жесткая конфронтация не лучший выход. Психологические исследования, проводившиеся в 1980–1990-х, все более убедительно демонстрировали, что медицинские работники могут гораздо успешнее повысить мотивацию к переменам и улучшить результаты лечения, если поддерживают веру пациентов в собственную эффективность, а не пытаются их «ломать». Кроме того, полный отказ от алкоголя, лежащий в основе 12-ступенчатой системы, подходит далеко не всем людям, имеющим расстройство употребления психоактивных веществ. Надо отдать должное, для многих пациентов абстиненция действительно хороший вариант, и я часто рекомендую воздержание и основанные на нем программы моим пациентам. Проблема нашей системы лечения не в том, что она пропагандирует полную абстиненцию как цель лечения, а в том, что зачастую эта цель объявляется единственно возможной[868], как будто все люди с зависимостью страдают от одной и той же проблемы.

Что действительно печально, так это то, что с 1980-х почти ничего не изменилось. Возможность для смены парадигмы появилась ненадолго в конце 1980-х – начале 1990-х, когда система лечения переживала коллапс, во многом вызванный слишком агрессивным контролем со стороны регулирующих органов и страховых компаний. Загруженность клиник резко снизилась, и даже самые модные реабилитационные центры вынуждены были сократить штат или полностью закрыться. С 1992 по 2001 год страховое покрытие лечения

зависимости на человека сократилось более чем на 70 %[869]. Марк Уилленбринг, бывший исследователь из Национального института по борьбе со злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом, когда его не так давно спросили об индустрии лечения зависимости, ответил: «Что нам нужно, так это хороший бульдозер, чтобы сровнять всю эту систему с землей и начать с нуля»[870]. Коллапс этой системы, случившийся 30 лет назад, мог стать таким бульдозером и положить начало чему-то новому. Однако система кое-как восстановилась и вернулась к прежнему состоянию.

Что мы можем сделать для таких, как Джози, моя пациентка, которой эта система не может помочь? Пессимист сказал бы, что ей придется ждать кардинальной перестройки всей системы и лишь тогда появится надежда на лучшее – не только в рамках медицины, но и в правой системе в целом. Но есть и другая парадигма мышления, которую часто называют «минимизацией вреда»: она предлагает совершенно иную точку зрения на проблему наркотиков, возникшую еще в бурные 1980-е, в ответ на совсем другую эпидемию.

10 апреля 1983 года Ларри Крамер – задиристый писатель, драматург, а теперь еще и общественный активист – стоял под проливным дождем на тротуаре в центре Нью-Йорка с небольшой группой протестующих, все утро прождавших прибытия мэра города Эда Коча. В течение полутора лет Эд Коч уклонялся от встреч с главами местных сообществ, но теперь, в разгар эпидемии СПИДа, ему пришлось отправиться на симпозиум в больнице «Леннокс Хилл» в Верхнем Ист-Сайде. Пока Коч пытался пробиться внутрь перед объективами телекамер, Крамер забрасывал его вопросами: «Когда вы начнете решать проблему СПИДа? Сколько еще людей должны умереть?»[871]

Менее чем через месяц в городах по всей стране активисты устроили шествия со свечами в знак протеста против бездействия политиков. В Сан-Франциско процессия растянулась по улице Маркет-стрит от квартала Кастро больше чем на милю, и во главе ее несли растяжку с надписью «МЫ БОРЕМСЯ ЗА ЖИЗНЬ».

Движение за права пациентов с ВИЧ/СПИД стало самым ярким и живым примером сдвига власти в медицине. Волна активизма прокатилась по всей стране, она набирала силу в течение 1970-х и

достигла своего пика в 1980-х. Онкологические пациенты требовали доступа к лекарствам, которые могли спасти им жизнь[872]. Возникло «потребительское движение» среди людей с психическими заболеваниями, настаивавших на том, чтобы их мнение учитывалось при выборе лечения[873]. Многие штаты принимали собственные законы о правах пациентов[874]. И хотя на первый план в движении за права пациентов с ВИЧ/СПИД вышли гомосексуальные мужчины, потребители инъекционных наркотиков тоже были в зоне риска и боролись за свою жизнь.

Первое поколение американских активистов, выступавших за минимизацию вреда[875], отчасти брало пример с пионеров этого движения в Западной Европе и начинало с самых простых мер: они учили людей очищать шприцы с помощью отбеливателя и обменивали использованные шприцы на стерильные для профилактики заражения, когда началась эпидемия. Шприцами их деятельность не ограничивалась: они проводили просветительские мероприятия, направленные на улучшение общественного здоровья, а также предоставляли площадки для взаимной поддержки и укрепления связей в сообществе. Минимизация вреда была примером совершенно нового отношения, резко контрастирующего с господствующей парадигмой криминализации наркотиков. Основной акцент был не на том, чтобы искоренить наркотики, а на том, чтобы уменьшить причиняемый ими ущерб и сместить фокус внимания на здоровье и безопасность.

Учитывая социальный и политический контекст того времени, неудивительно, что программы по минимизации вреда общество встретило в штыки на том основании, что они раздавали шприцы, которые ассоциировались с проблемой наркотиков, имевшей сильный моральный подтекст. Когда в 1980-х комиссар здравоохранения Нью-Йорка впервые предложил выдавать стерильные иглы наркозависимым, это вызвало откровенно враждебную реакцию со стороны прогибиционистов, в частности манхэттенского специального прокурора по делам, связанным с наркотиками, который заявил, что «наркоманам, охваченным безумием и отчаянием и готовым вонзить иглу в свои вены, нет дела до опасности заражения»[876] и что «рабы наркотиков не меняют своих привычек». Мэр Коч отклонил

рекомендацию комиссара, и лишь спустя несколько лет упорной борьбы, после того как активисты заявили, что будут продолжать свою деятельность, несмотря ни на что, администрация Коча неохотно уступила, и власти города и штата разрешили провести клинические испытания программы. Другие активисты по всей стране организовали подпольную сеть программ минимизации вреда и раздачи шприцов, а также, в качестве акта гражданского неповиновения, демонстративно открывали такие программы у властей на виду, но им пришлось выдержать долгие и изматывающие юридические и общественные баталии[877], прежде чем им позволили спокойно работать.

В контексте войны против наркотиков, разворачивавшейся в 1980-х, усилия по минимизации вреда часто подвергались насмешкам как попустительство: Боб Шустер, директор Национального института проблем злоупотребления наркотиками при президентах Рейгане и Буше-старшем, как-то сказал исследовательнице Нэнси Кэмпбелл: «Многие опасались, что если мы сделаем употребление наркотиков более безопасным, то этим станет заниматься больше людей. В то время и в некоторой степени даже сейчас, если ты используешь в федеральном правительстве термин „минимизация вреда“, потом нужно вымыть рот с мылом, если тебя за это не уволили»[878]. В 1988 году вышел федеральный закон, запрещавший финансирование программ по обмену шприцев и игл[879], и, несмотря на исследования, доказывавшие, что эти программы снижают смертность и распространение инфекционных болезней, не способствуя при этом росту употребления наркотиков, этот запрет оставался в силе не одно десятилетие.

В наши дни, после многих лет развития, в программы минимизации вреда входит множество практик с доказанной эффективностью[880]: обучение с участием сверстников, распространение налоксона («Наркана») для борьбы с передозировками, проверка чистоты наркотиков, помещения для безопасного употребления (правда, последняя мера до сих пор находится вне закона в США). Что касается влияния на общественное здоровье, все эти методики основаны на обширной научной базе, доказывающей, что они уменьшают вред от наркотиков и при этом не приводят к росту употребления или преступности. Стратегия минимизации вреда стала также организующим принципом клиент-центрированной терапии.

Медицинские работники в разных контекстах создавали свои варианты терапии, основанной на минимизации вреда[881], используя этот термин как зонтичное понятие для широкого спектра мер, направленных на улучшение качества жизни и не подразумевающих обязательного отказа от употребления в качестве изначальной цели. В этих подходах нет ничего нового. В истории полно прецедентов: еще в 1920-х врачи не настаивали на отказе пациентов от опиоидов, пока те не были готовы. Лечение, основанное на минимизации вреда, вполне совместимо с подходами, основанными на отказе от употребления. Многие врачи, специализирующиеся на зависимости, работают с моделью «поэтапного лечения»[882], при которой пациент начинает с лечения невысокой интенсивности, например с психотерапии по проблеме употребления наркотиков, а затем переходит к более интенсивным методикам, в том числе при необходимости к полной абстиненции. Для людей вроде Джози такие практики просты и понятны.

И наконец, минимизацию вреда можно понимать как определенную философию[883]. Общепринятого определения этой системы не существует, но одна из формулировок описывает ее движение за социальную справедливость и защиту прав потребителей наркотиков, в том числе за трансформацию репрессивных систем, порождающих негативные последствия употребления и нарушающих права людей во имя контроля над наркотиками. В этом смысле широкое понимание минимизации вреда противоречит концепции нулевой толерантности и антинаркотическим настроениям, и эта парадигма до сих пор находится на стадии формирования, поскольку мы лишь недавно начали отходить от жесткой прогибиционистской позиции, вернувшейся к жизни в эпоху Рейгана.

Идеология нулевой толерантности ни в коем случае не была республиканским изобретением, не была она и порождением администрации Рейгана, и она продолжала жить много лет после его президентства, подхваченная как его сторонниками, так и противниками, преобразовавшись в антинаркотическую риторику демократов в 1990-х[884]. Война против наркотиков пошла на спад лишь при администрации Барака Обамы. Гил Керликовски, ответственный за наркополитику при Обаме, неоднократно заявлял, что опиодный кризис «невозможно разрешить с помощью

арестов»[885], и призывал положить конец «военной» риторике. Когда отдельные штаты решились на легализацию каннабиса, федеральные власти не стали им препятствовать (что было довольно неожиданно). Преодолев длинный и тернистый путь, программы минимизации вреда наконец смогли работать без помех. Стало выделяться финансирование на исследование и применение налоксона, а в 2016 году наконец отменили запрет на финансирование программ обмена шприцев[886].

На протяжении ста с лишним лет представления о зависимости оправдывали применение карательных мер – от запрета опиумных притонов в конце XIX века до несправедливого и дискриминирующего разделения на фармацевтические препараты и наркотики, которое существует по сей день. Эти карательные меры основаны не на реальном ущербе, причиняемом наркотиками, а скорее на стигматизации наркопотребителей, а та, в свою очередь, подкрепляется вечными силами расизма и сегрегации, которые мы наблюдали еще в 1604 году, когда король Яков I порицал курение табака как «мерзкую и зловонную» привычку «диких, безбожных и раболепных индийцев». Один из важных уроков, которым может научить минимизация вреда, заключается в том, что наркополитика не обязательно должна заключаться в борьбе с зависимостью. Нельзя ставить знак равенства между употреблением наркотиков и зависимостью, а криминализация наркотиков не является рациональным способом уменьшить причиняемый ими вред. На самом деле гораздо чаще она сама становится главным источником вреда. Фундаментальный поворот в мышлении – лучший способ помочь таким людям, как Джози. Мы должны отказаться от идеала «мира без наркотиков» и строить свою политику и систему лечения исходя из того, что наркотики и зависимость существуют и будут существовать в обозримом будущем.

Одиннадцать. Научное понимание зависимости

Одним морозным февральским днем, после двух месяцев в реабилитационном центре, меня высадили на обшарпанной автобусной станции. Это был лишь намек на свободу: я собирался сесть на автобус до Нью-Йорка и провести свои первые выходные на воле. В зоне посадки с потолка свисали телеэкраны, и на одном из них я увидел свою бывшую девушку в гламурной рекламе какого-то крема – мы встречались в старших классах, и с тех пор она стала успешной голливудской актрисой. Я же, с другой стороны, сидел там с дорожной сумкой, в которой лежало мое подробнейшее расписание на ближайшие 72 часа, – это был большой шаг для меня, своеобразный тест перед выпиской, чтобы проверить, смогу ли я сам о себе позаботиться в течение выходных и ничего не запороть.

По поводу алкоголя я не переживал. Даже сама мысль о выпивке казалась нелепой, учитывая, что по возвращении мне предстояло сдать анализ мочи и, если бы он оказался положительным, последствия были бы серьезными. Когда я впервые назвал себя алкоголиком, я перешел какую-то важную границу и начал постепенно свыкаться с мыслью, что мне нужна помощь. К текущему моменту я уже привык представляться алкоголиком. Я начинал привыкать к тому, как это звучит, и это казалось мне правильным. Но теперь, когда я увидел улыбающееся, сияющее лицо своей бывшей подруги, я пришел в ужас от того, как низко пал, и порадовался, что очень немногим людям об этом известно.

Войдя в свою пустую квартиру, я нашел медные проводки электрошокера, свернувшиеся на полу, словно развалившееся птичье гнездо. Проворочавшись ночь почти без сна, я позвонил директору программы ординатуры, заранее боясь того, что она скажет. Я слышал от других ординаторов жуткие истории о том, как людей увольняли в первый же день после лечения, но, несмотря на то что я пропал внезапно и бросил десятки ночных дежурств, которые нужно было как-то закрыть, не говоря уже обо всех остальных обязанностях, которые кто-то должен был выполнять, при том что в программе было

всего 12 мест, она отнеслась ко мне с добротой, пониманием и была даже приветлива. За мной сохранили место и даже продолжали платить мне какие-то деньги, пока я был на больничном. Выходило, что я легко отделался, и это казалось мне незаслуженным.

Позже в те выходные я встретился с друзьями в кафе в Верхнем Ист-Сайде: я сидел за столиком с видом на Мэдисон-авеню, прихлебывал из чашки дорогой чай и рассказывал им событиях последних месяцев. Видеть их реакцию было полезно. Они были в шоке от того, как далеко зашло мое пьянство, – ведь я скрывал это от них. А еще они были в шоке от того, через что я проходил теперь: все эти проверки, обязательное лечение, нависшая угроза дисциплинарных взысканий. Я подозрительно выспрашивал официантов, точно ли в еде нет совершенно ни капли алкоголя, – в противном случае у меня мог оказаться положительный анализ, и все началось бы с начала. Друзья спрашивали: это правда необходимо? Я правда думаю, что я алкоголик?

Среди прочих там была девушка, с которой я встречался в Париже. Мы вместе пили чересчур много. Сейчас у нее все было хорошо, а у меня, очевидно, нет. «Интересно, – подумал я, – в чем между нами разница?» Я знал, что у меня проблема с алкоголем, причем серьезная. Но была ли у меня зависимость? Была ли это какая-то болезнь, которую я подхватил, которая подстерегла меня, или это была неотъемлемая часть моей личности, скрывающаяся внутри, или биология, или карма? Был ли алкоголизм какой-то отдельной сущностью, присосавшейся к моему в остальном здоровому организму, или моя личность была частью этого расстройства? И останется ли оно со мной на всю жизнь, даже если я больше никогда не буду пить и употреблять наркотики?

В последующие месяцы я проходил лечение и работал над своим выздоровлением, но еще мне хотелось понять. Консультанты в реабилитационном центре предостерегали, что слишком пристально изучать тему зависимости может быть опасно для меня, – они считали, что моя болезнь может заставить меня исказить информацию и вернуться к отрицанию, но я все равно хотел узнать больше. Я хотел, чтобы научные исследования помогли мне понять, кто я и кем могу стать.

В начале 1970-х, когда среди американских солдат во Вьетнаме распространился героин и в новостях постоянно рассказывали о бушующей эпидемии, жители разных штатов начали опасаться, что, вернувшись домой, ветераны привезут эту чуму пристрастия к наркотикам[887] с собой и заразят всех вокруг. Предотвращение такого развития событий стало главной задачей основанного Никсоном Специального управления по профилактике злоупотребления наркотиками (Special Action Ofce for Drug Abuse Prevention). Его директор Джером Джаффе рекомендовал делать анализ мочи всем вернувшимся солдатам – на тот момент это был относительно новый инструмент в медицинском арсенале. Вскоре началось масштабное мероприятие, получившее шуточное название «Операция Золотой Поток»: каждый солдат, вернувшийся из Вьетнама, должен был сдать мочу на анализ, в противном случае ему грозило позорное увольнение. К осени 1971 года, несмотря на то что солдаты получали уведомление о тестировании за 60 дней и существовал оживленный рынок «чистой» мочи (одному солдату, только что прибывшему из Штатов, предложили героин в обмен на то, чтобы он сдал анализ, который пройдет проверку), сотни солдат ежемесячно получали положительный результат[888].

Джаффе также стремился понять[889], как употребление наркотиков и зависимость влияют на жизнь вернувшихся солдат, поэтому он обратился к Ли Робинс, психиатру и эпидемиологу из Университета Вашингтона в Сент-Луисе, и поручил ей провести исследование среди сотен солдат, приехавших из Вьетнама и сдавших положительный анализ на героин (по тем временам это было очень масштабное исследование – вероятно, крупнейшее из всех, посвященных героину). В течение нескольких лет Робинс и ее исследовательская команда методично разыскивали и опрашивали своих испытуемых, а также просматривали горы армейской и больничной документации.

Их выводы были шокирующими и обозначили новую веху в научном понимании зависимости. Согласно разработанным ими критериям, во Вьетнаме зависимость от героина имели около 20 % испытуемых, а в первый год после возвращения количество зависимых снизилось до 1 %[890]. Другими словами, 95 % солдат, имевших зависимость от предположительно самого мощного наркотика в мире, просто бросали употреблять его по возвращении домой. В более долгосрочной

перспективе, в течение трех лет после приезда в США, к употреблению героина возвращались не более 12 % людей, имевших зависимость во Вьетнаме[891]. Что еще поразительнее, большинство солдат избавлялось от зависимости без всякого лечения[892] и половина выздоровевших могла время от времени употреблять героин в Штатах, не впадая при этом в зависимость.

Это было очень странно. Предполагалось, что героин автоматически вызывает непреодолимую зависимость. Повсюду – от Пентагона до газет и журналов – новые данные встречали с откровенным недоверием и отрицанием[893]. Эти открытия противоречили самому распространенному стереотипу. Неужели такое тяжелое и предположительно неизлечимое состояние, как зависимость, может пройти само собой?

Диагностика – это искусство различения, отделения одного состояния от другого. Но как можно определить границы нормы? Этот вопрос многие десятилетия был главным вопросом в исследованиях зависимости, а также психических расстройств в целом.

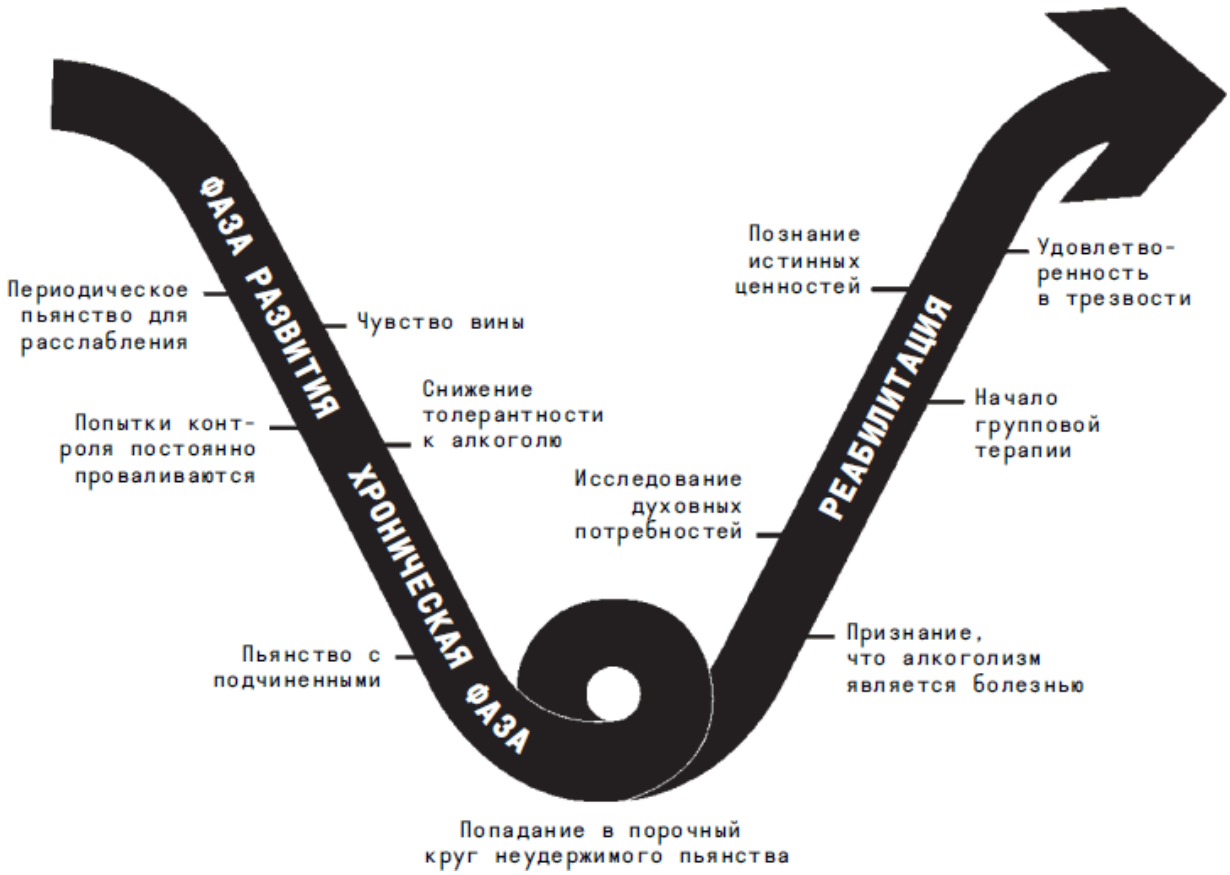
Исследование Робинс стало лишь одним из примеров новой волны, в которой этому вопросу уделялось самое пристальное внимание. В 1970-х психиатрия переживала революционные изменения. Долгое время в этой профессии доминировал фрейдизм, основанный на уникальности и индивидуальности каждого случая и не имевший ни интереса, ни потребности в постановке стандартизированного диагноза. Теперь же психиатрия начала открывать новые способы исследования психических заболеваний на основе биологической науки[894]. Отделение психиатрии Университета Вашингтона – альма-матер Робинс – стало эпицентром этого нового научного подхода и одним из немногих мест в стране, отказавшихся от психоанализа и стремившихся превратить диагностику психических заболеваний в четкую и надежную систему.

Открытия, которые Робинс совершила в ходе описанного исследования, были шокирующими потому, что противоречили идее, тесно связанной с традиционной концепцией зависимости как болезни, а именно что это устойчивое и прогрессирующее состояние. Эта идея была отражена в нарративе о пьянице из эпохи умеренности и в знаменитом высказывании Берроуза: «Если ты был джанки хоть раз, –

останешься таким навсегда». В каком-то смысле ее выводы были еще более поразительными, чем отчет RAND и исследования Собеллов, потому что те изучали результаты лечения, а Робинс показала, что выздоровление может наступить, даже если лечения как такового не было. Очень важно не делать из этого поспешных выводов. Картина несколько осложняется тем, что Робинс и ее команда не проводили различия между физической зависимостью и аддикцией[895]: их критерии диагностики включали в себя в первую очередь частоту употребления и наличие толерантности и ломки, а следовательно, под их определение зависимых попадали как люди, ощущавшие субъективную потерю контроля, так и те, кто часто употреблял наркотики в сложной ситуации, но прекращал, когда обстоятельства менялись к лучшему. Однако в то время на такие детали редко обращали внимание, поскольку традиционная модель зависимости как болезни воспринимала это состояние как единое и относительно однородное[896].

Предшествующие исследования вроде бы подтверждали традиционный взгляд на зависимость. Е. М. Еллинек, йельский соратник Марти Мэнн, проводил серию исследований алкоголизма в 1940–1950-х, и они тоже подтверждали эту позицию, однако из-за недостатков его научной методологии результаты его работы практически бесполезны для понимания всего многообразия зависимости. Самые первые выводы он сделал на основе существовавших ранее опросов, которые проводились АА среди членов организации через издаваемый ею журнал *Grapevine*, что, очевидно, не является случайной выборкой. Далее, доля респондентов была катастрофически низкой – всего 10 %, причем более трети всех ответов Еллинек отбросил, включая все до единой анкеты, заполненные женщинами. Неудивительно, что полученные им после этого выводы скорее отражали господствовавшие в то время взгляды, нежели какую-то объективную картину. Он описывал алкоголизм как более или менее гомогенное заболевание, которое неизбежно прогрессирует, проходя через последовательные «фазы», в конце концов достигает тяжелой «хронической» стадии, и лишь после этого алкоголик становится восприимчивым к лечению и может выздороветь. В 1952 году он опубликовал продолжение своего исследования, охватившее 2000 человек, и хотя методология по-

прежнему была не лишена недостатков, он заявлял, что полученные им результаты широко применимы и «характеризуют… подавляющее большинство алкозависимых»[897]. В частности, он утверждал, что течение алкоголизма происходит по предсказуемой и непрерывно ухудшающейся траектории. Коллеги над ним подтрунивали и называли выведенный им график «каракулей Еллинека», однако поскольку его выводы хорошо согласовались с традиционной концепцией болезни, они широко цитировались и использовались в программах лечения в качестве терапевтического инструмента, особенно после того, как исследователь Макс Глатт переосмыслил их в виде U-образной кривой, правая часть которой символизирует «реабилитацию»[898]. Эта кривая представляет собой перевернутый классический нарратив о пьянице[899], дантовскую историю падения и возрождения к жизни. По сей день «каракуля Еллинека» фигурирует на сайтах многих реабилитационных клиник и организаций, а один ученый назвал ее «самым, вероятно, широко известным артефактом концепции алкоголизма как болезни»[900].



Проблема ретроспективных исследований, к которым относилось и исследование Еллинека, заключается в том, что испытуемых опрашивают и обследуют в один момент времени, что делает исследование уязвимым для ряда искажений. В данном случае вся группа испытуемых состояла только из людей, ставших членами АА и достаточно неравнодушных, чтобы пройти опрос, и эта группа никак не могла служить срезом всего населения в целом. Новый научный подход предполагал наблюдение за людьми в течение какого-то времени в будущем, то есть выполнение проспективного исследования, чтобы отделить корреляцию от причинно-следственной связи. В этом подходе было выполнено исследование Робинс, а также ряд других исследований, подрывавших традиционные представления о зависимости.

Эти исследования не смогли обнаружить четкую грань, отделяющую людей с зависимостью от «нормальных». Джордж Вейллант, еще один «выпускник» Нарко, опубликовал в 1983 году книгу «Естественная история алкоголизма» – объемный отчет о нескольких десятилетиях исследования сотен мужчин, проживавших в районе Бостона[901], в котором не удается провести четкую грань между алкоголиками и всеми остальными, а также отыскать какие бы то ни было доказательства, что у испытуемых имелись глубокие личностные проблемы до начала алкоголизма. Это открытие согласуется с высоким уровнем коморбидности[902], то есть наличия у пациентов одновременно расстройства употребления психоактивных веществ и иного психиатрического расстройства, что еще больше затрудняет выделение зависимости как самостоятельной проблемы. Примерно у половины людей с расстройством употребления психоактивных веществ параллельно имеется другой психиатрический диагноз, например депрессия или биполярное расстройство, а в некоторых выборках пациентов с расстройством употребления психоактивных веществ уровень коморбидности был еще выше. На самом деле, любые психиатрические расстройства на удивление часто сопровождаются какой-то сопутствующей патологией[903] – к примеру, коморбидность для депрессивных расстройств составляет почти 80 %, что подвергает сомнению идею о дискретности психических расстройств.

Подавляющее большинство крупных исследований, проводившихся после открытия Робинс, показали, что значительная доля людей с зависимостью выздоравливает без посторонней помощи[904] – это явление получило название «естественное выздоровление». На протяжении нескольких десятилетий исследований с самыми большими выборками, насчитывающими десятки тысяч человек, ученые постоянно приходят к одним и тем же поразительным выводам. Состояние примерно 70 % людей с алкогольной зависимостью улучшается без всяких внешних вмешательств. Большинство людей, имеющих проблемы с запрещенными наркотиками, прекращают их употребление к 30 годам[905]. К 37 годам приблизительно 75 % людей, имевших серьезные проблемы с психоактивными веществами, не имеют никаких симптомов расстройства[906]. Даже при использовании гораздо более узких критериев, ограничивающих исследования самыми тяжелыми расстройствами, доля спонтанных ремиссий получается довольно большой[907].

Все эти исследования пошатнули устоявшиеся представления о зависимости. По всей видимости, для большинства людей, имеющих проблемы с алкоголем и наркотиками, это состояние не было дискретным, перманентным и прогрессирующим. Но как я могу применить эти масштабные исследования, опросы, наблюдения, статистику и возможности к моему собственному случаю? Могу ли я перерасти зависимость? А что, если я просто не попадаю в процент людей, которые способны вернуться к безопасному употреблению? Существует ли лучший способ отразить природу зависимости? Во времена Робинс эти и подобные вопросы вдохновили исследователей на работу в другом направлении: на поиск биологических причин этого расстройства.

Я говорю по телефону с моей пациенткой Николь, и она, к сожалению, пьяна. На самом деле ее рецидив продолжается не первый месяц, он уже успел разрушить ее прежде благополучные отношения, и она уехала жить в дом родителей. Она говорит мне, что действительно хочет бросить пить и наладить свою жизнь, вернуться на работу и в целом стать более самостоятельной. В психотерапии

такие разговоры о желании перемен считаются хорошим знаком. Я спрашиваю ее, как она могла бы себе помочь, но, несмотря на то что она несколько лет оставалась трезвой и посещала собрания АА, что у нее много друзей и ресурсов, на которые она могла бы опереться, она не может ничего придумать, она утратила надежду. Заплетающимся языком она произносит: «Это генетическое, да? В смысле алкоголизм. Значит, я буду пить в любом случае, так?» Это, конечно же, рационализация, по крайней мере отчасти, но еще я вижу за этими словами реальный страх, результат чрезмерно упрощенного представления о том, что она находится во власти биологических механизмов.

За последние 50 лет ученые добились выдающихся успехов в понимании биологических факторов, влияющих на развитие зависимости, но до широкой публики их открытия доходят в виде упрощений и преувеличений, согласно которым люди с зависимостью ущербны, что их организм сломан и починить его практически невозможно. Подобные истории представляют собой лишь очередной виток стигматизации зависимости, однако в последние годы они получили особенно широкое распространение из-за влияния современных технологий на воображение публики.

В начале 1970-х эскалация войны против наркотиков способствовала выделению щедрого финансирования на исследования в этой области[908], и Джером Джаффе передал часть этих денег Соломону Снайдеру, ученому из Университета Джонса Хопкинса, поручив найти опиоидные рецепторы в головном мозге. Исследователи из Нарко выдвинули гипотезу[909] о существовании таких рецепторов еще много лет назад, но это далеко не значило, что задание выполнимо. Лишь в 1970 году был обнаружен самый первый рецептор в природе, и это удалось сделать путем изучения нейромедиатора ацетилхолина в электрическом органе электрического угря[910], который имеет одну из самых плотных концентраций ацетилхолиновых рецепторов в животном мире.

Снайдер вместе со своей бывшей студенткой, а ныне коллегой Кэндис Перт специализировался на радиоизотопной маркировке – новом методе исследования, в ходе которого радиоактивные молекулы прикрепляются к нормальным для отслеживания биологических процессов в организме. Проведя тесты с различными веществами, они

остановились на налоксоне и с помощью такой маркировки смогли отследить, как он связывается с опиоидными рецепторами в мозге грызунов, а также определили местонахождение этих рецепторов в разных отделах мозга. Результаты этого исследования были опубликованы в 1973 году, ознаменовав настоящий научный прорыв: открытие первого рецептора в головном мозге[911]. Ажиотаж только усилился, когда в 1975 году исследователи Джон Хьюз и Ханс Костерлиц[912] открыли энкефалины – опиоидные пептиды, которые вырабатывает сам мозг.

Дальнейшие исследования выявили еще одни эндогенные опиоиды, которые назвали эндорфинами (что означает «внутренние морфины»), и в науке началась настоящая «рецепторная лихорадка»[913]. Исследователи строили теории о том, как сбои в работе рецепторов вызывают зависимость. Одна из теорий заключалась в том, что врожденные аномалии рецепторов предопределяют зависимость, то есть существует необратимый дефект в опиоидных рецепторах или выработке эндорфинов, который делает своих носителей особенно уязвимыми для опиоидной зависимости. Другая гипотеза предполагала, что частое употребление опиоидов, например героина, повреждает систему рецепторов[914] и приводит к длительной, возможно постоянной тяге к употреблению наркотика. В научной прессе это подавалось как предположения, которые предстояло проверить в будущих исследованиях. Однако в популярных СМИ эти идеи воспринимались как готовые объяснения.

В 1977 году на первой полосе *The New York Times* появился заголовок[915]: «ОПИАТОПОДОБНЫЕ ВЕЩЕСТВА В МОЗГЕ – КЛЮЧ К БОЛИ И НАСТРОЕНИЮ». В самой статье говорилось, что самые разные психические расстройства – такие, как шизофрения и зависимость, – могут быть вызваны «биохимическими дефектами» в эндорфиновой системе. В популярной прессе появлялись и другие спекулятивные материалы о роли эндорфинов, в том числе вызвавшие всеобщий интерес статьи о естественной «эйфории бегуна»[916]. Уильям Берроуз вложил статью из *Times* в письмо к психиатру своего сына Билли, где он высказывал предположение, что проблемы Билли с зависимостью могут быть вызваны недостатком естественных эндорфинов[917], и предлагал его госпитализировать, при

необходимости принудительно, чтобы лучше разобраться в физиологических причинах, лежавших в основе психического расстройства.

Однако выяснилось, что ученым не удается обнаружить устойчивых изменений[918] в рецепторах и нейромедиаторах, которые могли бы объяснить даже самые простые аспекты употребления наркотиков, такие как толерантность и физическая зависимость, не говоря уже о таких сложных и многогранных симптомах аддикции, как тяга к наркотику. Соломон Снайдер написал, что, хотя мы поначалу полагали, что «открытие опиоидного рецептора разрешит все загадки зависимости», позднее ему пришлось признать, «что мы потерпели поражение»[919].

«Рецепторная лихорадка» довольно быстро уступила место увлечению генетикой. Этот сдвиг был основан на реальных достижениях науки: волна исследований, посвященных близнецам и приемным детям, в конце 1970-х и позже в 1980-х продемонстрировала, что генетические факторы повышают риск развития зависимости[920]. По мере продвижения вперед, с каждым новым научным открытием, восторженные статьи в популярной прессе[921] обещали публике исчерпывающее объяснение алкоголизма и наркозависимости. В апреле 1990 года сразу несколько СМИ сообщили, что Кеннет Блум и бывший директор Национального института по борьбе со злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом Эрнест Ноубл открыли «ген алкоголизма». Так, журнал *Time* провозгласил: «В течение пяти лет ученые улучшат методику анализа крови на наличие этого гена[922], чтобы выявить детей в зоне риска. А в течение десяти лет у врачей может появиться лекарство, которое сможет либо блокировать действие этого гена, либо контролировать определенные формы алкоголизма, влияя на поглощение дофамина». Это заявление было ужасным преувеличением[923]: ген, о котором идет речь, – это вариант дофаминового рецептора D2, который лишь незначительно повышает риск развития алкоголизма. Комментаторы назвали эти обещания вопиюще несостоятельными, однако большинство восприняли эти новости как свершившийся факт: в 1987 году, согласно опросу Института Гэллапа, более 60 % американцев считали алкоголизм наследственным заболеванием.

Индустрия лечения и популярные авторы получали свою выгоду от тренда на генетические объяснения[924], используя их как аргумент в пользу того, что алкоголизм – тяжелое наследственное заболевание. Генетика оказалась эффективным способом убедить потенциальных клиентов, что их мозг кардинально отличается от мозга «нормальных» людей, а потому им необходимо лечение. Во время моего лечения в реабилитационном центре один из лекторов сказал, что генетика дала сильнейший толчок к развитию представлений о зависимости как о болезни, и много лет спустя, когда я говорил по телефону с Николь, мне пришло в голову, что свой детерминистский взгляд на алкоголизм она вынесла из пребывания в реабилитационном центре, где проходила лечение за пару лет до того. В действительности же никто не обречен на зависимость.

Стремление к биологическим объяснениям вполне понятно. Зависимость сбивает с толку. У многих людей начинаются ужасные проблемы, они срываются, несмотря на то что получают очень много поддержки и имеют твердое намерение оставаться трезвыми. Именно это ужасающее свойство аддикции сделало метафору «аллергии» на алкоголь столь привлекательной для Билла Уилсона в 1920-х, а также для многих поколений анонимных алкоголиков впоследствии. Но это всего лишь метафора: никакой аллергии на алкоголь не существует, и до сегодняшнего дня не существует никаких доказательств, что развитие зависимости чем-то предопределено, по крайней мере в том смысле, в каком это представляет себе широкая публика. Биология важна, однако это лишь один из многих факторов[925], влияющих на зависимость, наряду с окружающей средой и личным выбором. Генетические исследования тоже не приводят достаточных данных, объясняющих, у кого и почему развивается зависимость. Наследуемость зависимости[926] (то есть степень вариабельности, которая может быть объяснена генетикой) оценивается в 25–70 %, что, безусловно, немало, однако это лишь означает, что генетическая предрасположенность играет более или менее такую же роль, как факторы среды: пренатальное окружение, семейные обстоятельства, психологические травмы, социальная обстановка и многое другое. Как сказал один генетик: «Исследования наследственности – лучшее из известных мне доказательств того, как важна среда»[927].

Это справедливо и в отношении исследований мозга. Психолог Кит Хамфрис утверждал, что неврологические исследования зависимости, вопреки всяким ожиданиям, лишь подтверждают важность всего того, что находится за пределами мозга[928]. К примеру, нейронаука доказывает, что тяга к алкоголю и сигаретам может провоцироваться стимулами в виде рекламных кампаний, и объясняет механизм возникновения этой тяги, однако самый эффективный способ помешать этому – ввести продуманные ограничения на рекламу для индустрии поддержания зависимости. Нейронаука объясняет, как функционируют отдельные механизмы мозга при развитии зависимости и употреблении психоактивных веществ, но многие из этих открытий также демонстрируют, что самые эффективные и полезные методы работы с этой проблемой лежат за пределами нейронауки. Ни одна система, объясняющая зависимость, ни один список факторов риска ее возникновения не содержат всех ответов, и, лишь исследуя взаимосвязи между различными областями знания, мы можем обрести надежду на решение проблемы.

Имела ли зависимость Августина Блаженного и Александра Македонского одну природу? Можно ли сравнить Самсона Оккома и Билла Уилсона? Даже в таких, казалось бы, похожих случаях, как де Квинси и Кольридж, есть различия, и не только в их личном отношении, но и в факторах, подталкивавших их к употреблению наркотика.

С тех самых пор как зависимость попала в сферу интересов медицины, врачи подозревали, что существует не одна, а множество форм, что это явление можно разделить на разные подтипы. Карл фон Брюль-Крамер, немецкий врач, работавший в Москве в 1812 году, выделил пять типов *Trunksucht*[929], от длительного пьянства до пароксизмальных состояний, вызванных долгим воздержанием. Другой автор, опиравшийся на данные, полученные в приюте для душевнобольных в Глазго в середине XIX века, писал о различных «эноманиях», или «виноманиях»[930].

Большинству людей такая категоризация представляется вполне логичной: так называемые функциональные алкоголики разительно отличаются от агрессивных алкоголиков и запойных пьяниц. Идея

подкатегорий также помогает ориентироваться в исследованиях, опровергающих традиционное представление о зависимости[931]. Мы не можем выделить единую и неизменную зависимость, но если признать, что это явление неоднородно, мы сможем вычленить отдельные подтипы в соответствии с причинами и течением. Однако подкрепить эту интуитивную догадку научными данными оказалось непросто.

В конце своей карьеры Е. М. Еллинек стал постепенно отходить от традиционного представления о зависимости как единой болезни и склоняться к мысли о существовании подтипов. В 1960 году при финансовой поддержке Марти Мэнн он выпустил книгу под названием «Концепция алкоголизма как болезни» («The Disease Concept of Alcoholism»), в которой скорее оспаривал идею, вынесенную в название. Еллинек выдвинул гипотезу, что алкоголизм представляет собой не одну болезнь, а несколько разных с учетом таких факторов, как наличие физиологической зависимости, физических травм и определенных психологических симптомов. Кроме того, он предположил, что на виды алкоголизма оказывают влияние общество и культура, и подчеркнул, что это явление зависит от множества факторов. В более поздних исследованиях ученые пытались нащупать эти подтипы: к примеру, в период увлечения генетикой в 1980-х биологи предлагали различать разные виды зависимости на основе наследственных черт[932], однако провести четкие разграничительные линии не удалось.

В относительно недавних исследованиях ученым удалось выделить множество важных факторов, влияющих на зависимость[933]: внутренних и внешних, биологических, психологических и связанных с окружением. Некоторые виды зависимости тесно связаны с такими чертами характера, которые мы называем тревожно-депрессивными (так часто описывал себя Билл Уилсон), другие – с упрямством и импульсивностью (которые были свойственны Уильяму Берроузу или Александру Македонскому). Некоторые виды зависимости тесно переплетаются с другими психологическими проблемами – я встретил множество таких пациентов в отделении двойных диагнозов в «Белвью». А некоторые обусловлены самым банальным эффектом вознаграждения, как, например, в случае с ятрогенной зависимостью, возникавшей у женщин 1870-х, получавших инъекции морфина от

«женских недомоганий», или жертв чересчур либеральной опиоидной политики 1990–2000-х. Иногда зависимость практически полностью определяется травмой[934] – личной, межпоколенческой или социальной. До сегодняшнего дня ни одно исследование, посвященное этим факторам, не вывело понятных, стабильных и надежных критериев выделения различных подтипов зависимости, позволяющих как-то разграничить лежащие в их основе причины. Не существует не только единственной биологической причины, но и основной причины вообще[935] или даже набора причин, убедительно объясняющих, почему у некоторых людей развивается зависимость.

Единственное, что на сегодняшний день можно сказать с уверенностью, – что все эти разнородные факторы складываются в сложную динамическую матрицу, которая разительно отличается у разных людей и даже у одного человека может изменяться в течение жизни. Вопрос не в том, является ли зависимость заболеванием головного мозга, социальной проблемой или универсальной реакцией на страдание, – она является одновременно всем этим и ничем, поскольку каждый уровень добавляет что-то к общей картине, но не показывает ее целиком.

В этом смысле понимание зависимости иллюстрирует гибкий и прагматичный подход к психическим расстройствам в целом. Психиатрические состояния часто описывают как дискретные единицы[936], но в каждом таком случае не только не существует естественной границы между расстройством и нормой, но и какой-то единой причины: развитие любого такого состояния – процесс многофакторный. Другими словами, психиатрические расстройства не непреложные факты действительности, как, например, химические элементы в периодической таблице[937]. Еллинек очень метко назвал их «видами», имея в виду элемент биологической иерархии, – биологические виды в природе тоже имеют нечеткие границы, и представители одного вида могут отличаться друг от друга. Нам приходится ставить психиатрические диагнозы, чтобы проводить исследования, получать выплаты от страховых компаний и как-то обмениваться информацией с окружающим миром, однако эти ярлыки не стоит принимать за постоянные, единые и дискретные сущности. Их нужно принимать с должным смирением.

Но для человека, находящегося на ранней стадии выздоровления, – например для меня самого в первые месяцы после реабилитации, – размышляющего над тем, действительно ли его можно назвать зависимым и как это повлияет на его жизнь, все эти исследования и теории могут показаться безнадежно сложными. Что делать, как себя называть: зависимым или нет? Иногда наступает такой момент, когда необходимо принять решение.

Я понимал, что кое-что вполне может сойти мне с рук. Анализ мочи может обнаружить алкоголь только в течение трех дней или около того. Так что в свой первый отпуск я мог позволить себе развязать, выпить немного пива, потом протрезветь. Скорее это был вопрос принципа, я хотел доказать (кому? себе, наверное), что я могу себя контролировать. Мне этого хотелось: вернуть себе контроль, почувствовать, что я в порядке.

Однако, когда момент настал, и я поехал в Бостон на праздник по случаю помолвки старой подруги, и жених пустил по кругу домашнее пиво, я огляделся вокруг и заметил, что никто из знакомых, которые были в курсе моей истории, не обращает на меня никакого внимания, и все же отказался и продолжил пить опостылевшую минералку. Я бы хотел позволить себе выпить пива. В те дни я возненавидел тусовки: без алкоголя и сопровождающего его кайфа я чувствовал себя ужасно неловко. Кроме того, был невообразимо странно раз за разом говорить «нет» и противостоять этому социальному императиву всеобщего легкого опьянения. Мне жутко не хотелось быть тем самым странным чуваком, который ничего не пьет.

К тому моменту я прочел уже немало исследований, посвященных зависимости. Я понимал научную аргументацию против понимания зависимости как дискретного и перманентного состояния. Зависимость представлялась условной, туманной, вероятностной – скорее тенденцией, нежели состоянием. Называть ее болезнью казалось бессмысленным, и я даже не был уверен, что меня неизбежно ждут серьезные проблемы, если я снова начну пить. И все же я не пил – и не пью до сих пор.

Конечно, отчасти мое решение было обусловлено практическими соображениями. Теперь, когда я оказался на программе реабилитации

для врачей, я хотел быть честным, чтобы надо мной не нависал постоянный страх разоблачения. Кроме того, как я заметил в реабилитационном центре, в самом желании пить было что-то нездоровое. Я хотел пить, но еще я хотел быть свободным от этого желания – если не сейчас, то однажды в будущем. Кроме того, я делал первые осторожные шаги к идентификации себя как выздоравливающего алкоголика, несмотря на весь исторический багаж, связанный с этим понятием. В какой-то момент я решил, что отношусь к тому типу людей, которым пить не стоит. По крайней мере пока что.

Может, и нет никакой естественной границы между людьми с зависимостью и всем остальным человечеством, однако это не означает, что невозможно отличить одно состояние от другого. Существует философская проблема под названием «парадокс кучи»: если кучу песка начать разбирать по одной песчинке, в какой момент она перестанет быть кучей? Нет никакой естественной границы, однако все мы согласимся, что тысяча песчинок – это куча, а одна песчинка – нет. Точно так же, думаю, мы можем считать слово «зависимость» адекватным описанием реального явления, даже если не можем выделить его четкую и дискретную сущность. Очевидной границы между нормальным человеком и зависимым может и не быть[938], однако зависимость от этого не перестанет быть ужасным, несущим угрозу жизни явлением.

Я до сих пор не уверен, что страдаю от какой-то конкретной болезни, не уверен даже, что существенно отличаюсь от остальных людей, а если и отличаюсь, то это скорее вопрос градации, а не бинарности, и зависимость – это просто та сфера, в которой свойственная всем людям уязвимость выражается наиболее явно[939]. Каждый человек однажды переживает утрату контроля, утрату власти. Неврологические исследования находят все больше подтверждений тому, что зависимость не возникает в результате воздействия вещества на мозг, а является скорее одним из аспектов обычных человеческих проблем с мотивацией, вознаграждением и саморегуляцией. Паттерны активации мозга, которые традиционно приписывали воздействию мощных наркотиков, выявляются теперь в гораздо более широком спектре ситуаций, подразумевающих ожидание вознаграждения. К примеру, системы вознаграждения в головном мозге демонстрируют

характерные изменения не только в случае зависимости от психоактивных веществ, но также в азартных играх и при ожирении[940]. Красота этого нового витка исследований в том, что он возвращает нас к изначальному пониманию слова «зависимость»: это не что-то, что просто случается с нами, но глубоко личное явление, подразумевающее сильное, непреодолимое желание.

В моей психиатрической практике я постоянно встречаюсь с людьми, которые не страдают зависимостью от алкоголя или наркотиков, но испытывают проблемы с едой, работой, изменами, властью, деньгами или гневом. Одна моя пациентка прибегает к компульсивному перееданию и рвоте, чтобы справиться с негативными эмоциями, например стыдом или страхом. Другой не может отложить телефон и перестать проверять электронную почту, несмотря на желание и намерение прекратить и на то, что это приводит к реальным проблемам в его браке, – просто потому, что ему отчаянно требуется подтверждение своей значимости через работу. Я не требую, чтобы они называли себя зависимыми, и в целом я не считаю, что причины моей собственной зависимости аналогичны причинам других людей или что для выздоровления им нужно то же, что и мне. Но я не вижу и принципиальной разницы между собой и ими. Мы все страдаем от разделенного «Я», слишком полагаемся на наши суждения и на нашу способность держать под контролем наше окружение и самих себя. А еще, я думаю, общее между нами то, что зависимость сама по себе является огромной проблемой, причиняющей немыслимые страдания, и в то же время сопутствует всем человеческим страданиям.

Люди, с которыми я познакомился в реабилитационном центре, разительно отличались от меня и друг от друга. Некоторые считали, что их зависимость – лишь проявление тревоги, сопровождавшей их всю жизнь. Другие чувствовали, что их зависимость от опиоидов возникла механически, в результате употребления законных рецептурных обезболивающих. Но как бы ни разнились обстоятельства, причины и состояния, которые привели нас к зависимости, нас объединяло нечто важное – общий опыт, лежавший в основе взаимного отождествления, сбивающее с толку явление, которое человечество пыталось описать на протяжении всей своей истории. Мы могли отождествить себя с общей для нас потерей контроля, с поразительно схожими экзистенциальными и социальными

последствиями, такими как необходимость перестроить свою жизнь из-за употребления веществ, утратить то, что было для нас важно, вплоть до потери наших ценностей и смыслов. В этом смысле, я думаю, нас связывает общность, которая восходит к тому самому игроку из «Ригведы», который потерял все: это опыт страдания и желание освободиться.

Заключение. Выздоровление

Однажды ранним утром я шел по длинному пологому надземному переходу, расположенному высоко над запутанной развязкой пяти шоссе, в Психиатрический институт штата Нью-Йорк. Здание ПИ, расположенное на клочке земли на берегу Гудзона, представляет собой целое общество в миниатюре: разветвленная сеть офисов, исследовательских лабораторий, собственная аптека и – где-то в недрах первого этажа – мой собственный кабинет ординатора.

Я был в ремиссии уже около года, и мне казалось, что мои дни в качестве пациента остались далеко позади. Впрочем, у меня оставалось еще много дел в программе реабилитации. Я еженедельно посещал групповую терапию для медицинских работников в клинике в центре города, регулярно встречался со своим психиатром, и несколько раз в неделю у меня без предупреждения брали мочу на анализ. По будням я сдавал эти анализы в медицинском центре Колумбийского университета, а по выходным приезжал на квартиру своего куратора – вежливой пожилой дамы, жившей в Ист-Виллидже. Я звонил в дверь, здоровался, проходил по узкому коридору в безупречно чистую ванную и мочился в стаканчик под ее деликатным, но пристальным наблюдением: она должна была убедиться, что я не пронес тайком бутылку с чистой мочой. После этого я платил ей 40 долларов наличными, мы обменивались любезностями о погоде, и я шел дальше по своим делам. Это было сюрреалистично и иногда раздражало, однако со временем я привык и стал меньше думать о терапевтической системе, в которой я находился, и больше – о том, как стать хорошим психиатром.

В тот день я направлялся в свой крошечный кабинетик в недрах ПИ – его предоставили мне на третьем году психиатрической ординатуры. Мы, ординаторы, встречались с амбулаторными пациентами для проведения терапевтических сессий, назначали лечение, составляли свое расписание и в целом были практически предоставлены сами себе. Наш руководитель всегда был поблизости – только позвонить или пройти несколько коридоров, – однако мы чувствовали себя как канатоходцы без страховки. За редкими исключениями мы получали

непосредственную обратную связь только в такие дни, как сегодня, когда мы принимали новых пациентов в стационар, проводили с ними вступительную беседу, а потом излагали их случай старшему врачу.

Мой новый пациент в тот день оказался измученным аспирантом, чувствительным и взвинченным, готовым вот-вот сломаться под тяжестью навалившегося на него стресса. Он рассказал мне, что начал много пить, чтобы как-то справиться с давлением, по четыре-пять порций алкоголя каждый вечер, и понимал, что это становится проблемой, потому что не мог отказаться от выпивки. Мне он сразу понравился. Он казался искренним, вдумчивым и откровенным, и я тут же решил, что он будет мотивирован и настроен работать над какими-то конкретными шагами для изменения ситуации.

Однако, когда я изложил его случай своей наставнице, она покачала головой и отказала. Он пил слишком много; такие тяжелые случаи злоупотребления просто не подходили для нашей клиники. Я был в шоке: он казался более здоровым, чем я в свое время, особенно с учетом того, что он признавал наличие проблемы. Я был убежден, что мы смогли бы ему помочь, особенно в свете того, как трудно иногда найти программу психиатрического лечения и обратиться за помощью. Мы могли хотя бы попытаться поработать с ним и потом, если бы возникла такая необходимость, направить на более интенсивное лечение. На самом деле, исследования показывают, что интеграция лечения расстройств употребления психоактивных веществ (ПАВ) в общую систему здравоохранения не только помогает пациентам, но и улучшает функционирование самой системы[941]. Однако моя наставница велела мне отправить его восвояси, и мы просто выдали ему список программ, на которые он мог обратиться. Когда он ушел, явно разочарованный и упавший духом, я подумал, что мы упустили редкую возможность помочь человеку начать выздоравливать на его собственных условиях.

В то утро моя наставница проявила себя как опытный и благонамеренный врач. Она не один десяток лет проработала в одном из самых сложных стационарных отделений института. В нашей ординаторской программе мы регулярно работали с людьми, страдающими тяжелыми психиатрическими расстройствами, но расстройство употребления ПАВ она считала каким-то опасным диагнозом, с которым трудно работать, а проще говоря – она думала,

что это не должно входить в наши задачи. Едва ли она считала, что расстройство употребления ПАВ делает кого-то плохим человеком, однако она явно придерживалась точки зрения, что они плохие – или как минимум неуместные – пациенты даже в одной из лучших программ психиатрической ординатуры. Она просто следовала долгой традиции выделения людей с подобными проблемами в совершенно отдельную категорию, которой занимается отдельная система лечения, изолированная не только от медицинской системы в целом, но и от психиатрии. Стигматизация – это не идеи и убеждения отдельного человека, она может принимать системную форму и выражаться в политике и практиках, которые затрудняют людям с зависимостью путь к выздоровлению.

Современная медицинская система, к сожалению, имеет существенные недостатки в том, что касается лечения зависимости. Медицина не дает всех ответов, но мы, врачи, должны играть ключевую роль в процессе, и нам еще только предстоит принять этот вызов. Существует множество барьеров между людьми и психиатрической помощью в целом, но для пациентов с зависимостью эта проблема стоит еще острее: лишь один из десяти получает лечение[942] (для сравнения, лечение получают около 40 % пациентов с другими психическими расстройствами), и это лечение часто оказывается недостаточным.

Мы могли бы спасти множество жизней, если бы предприняли некоторые простые шаги, эффективность которых уже доказана. Помимо применения основных методов лечения расстройства употребления ПАВ, необходимо усилить меры по минимизации вреда, например распространение налоксона, которые можно реализовывать через медицинскую систему, при этом не ограничиваясь ею. Также необходимо улучшить само лечение: имеется насущная потребность в расширении штата практикующих врачей, занимающихся лечением зависимости, и в улучшении качества медицинской помощи путем включения в нее научно обоснованных методов лечения. В частности, нужно упростить протоколы применения медикаментов при лечении опиоидной зависимости. Использование таких жизненно важных препаратов, как бупренорфин и метадон, затруднено ненужными юридическими препятствиями, в особенности головоломной системой федеральных нормативных актов, строго ограничивающих их оборот.

Такая система нерациональна: ординаторы медицинских программ могут выписывать опиоиды вроде морфина, употребление которых намного более опасно, только закончив университет, а врачи не могут выписывать бупренорфин, не обзаведясь дополнительной лицензией и не получив специальное разрешение от УБН. На сегодняшний день менее 10 % медицинских работников[943], которые технически могли бы его получить, нашли такую возможность. Перечисленные изменения – расширение программ минимизации вреда, увеличение штата и улучшение качества лечения, снятие ненужных юридических барьеров в медицинской практике – достаточно просты, но они могли бы спасти много жизней.

Но даже если произойдут структурные изменения, они заработают лишь в том случае, если представители медицинской профессии отнесутся к этой категории пациентов с принятием, поскольку стигматизация зависимости сама по себе является огромным препятствием к лечению. На момент написания этих строк администрация Байдена пообещала «снять обременительные ограничения»[944] с медикаментов для лечения опиоидной зависимости, однако, если и когда это произойдет, это будет лишь первым шагом. Из тех врачей, у которые есть лицензия выписывать бупренорфин, большинство принимают лишь горстку пациентов, а многие вообще не принимают – согласно некоторым опросам, до 25 % авторизованных врачей не выписывают этот препарат[945]. Среди причин, мешающих им это делать, врачи упоминают[946] структурные проблемы, такие как отсутствие возмещения расходов и институциональной поддержки, однако помимо этого они демонстрируют признаки стигматизации на личном уровне, заявляя, что не желают оказаться под наплывом нищих пациентов, не желающих сотрудничать. Напомню: речь о врачах, которые нашли время и потратили силы на получение лицензии, позволяющей им выписывать препарат, специально предназначенный для лечения зависимости. О совершенно изолированной и исполненной расовых предрассудков системе лечения метадоном лучше вообще не говорить. Первое, что мы как сообщество медицинских работников должны сделать, это признать, что лечить зависимость – наша обязанность и мы должны усерднее работать над искоренением стигмы начиная с самого низшего структурного уровня.

И все же простого спасения жизни недостаточно, необходимо что-то выходящее за рамки медицинской системы и способствующее благополучию и процветанию. Чтобы действительно решить проблему зависимости, терапевтических усилий мало. Многие столетия люди искали следующий шаг, который в современном дискурсе называется выздоровлением.

В первые годы моего выздоровления я чувствовал себя вполне сносно, но не более того. Я чувствовал беспокойство и одиночество, часто заедал тревогу закусками и мог слопать пинту[947] мороженого в один присест (для протокола, я и сейчас иногда так делаю). Я заполнял свои дни чересчур усердной научной работой, стремясь к статусу и признанию и изнуряя себя дополнительными исследовательскими проектами. Когда мне случалось совсем загнать себя, я спускал пар, без разбора поглощая телепередачи, что было, конечно, значительно лучше, чем пьянство, но все же заставляло меня испытывать чувство вины и неудовлетворенности. Было в этом что-то знакомое и опасное – я действовал себе не во благо.

Я ощущал сюрреалистическое несоответствие между моим вялым недовольством и ужасными последствиями зависимости, которые я наблюдал вокруг себя. Мои друзья из реабилитационного центра срывались один за другим. На групповой терапии для медицинских работников я постоянно встречал людей, мучительно переживающих откаты и рецидивы. Они теряли работу и средства к существованию. В реабилитационном центре я встретил врачей, оказавшихся там во второй или даже третий раз, срывавшихся, как по расписанию, сразу после завершения пятилетней программы наблюдения. Я чувствовал, что это может случиться и со мной, что мое собственное страдание, постоянно тлеющее внутри, будучи оставленным без присмотра, разгорится в разрушительный пожар зависимости. Мне не казалось, что я нахожусь на грани срыва, но откуда мне было знать? Покой и умиротворение казались недосягаемыми.

Я все еще пытался понять, что выздоровление значит лично для меня. Мне импонировала идея «высшей силы», на которую опирались АА, – я понимал, что могу вложить в это понятие собственный смысл, и мне казалось логичным трактовать это как коллективное сознание группы. Я легко признал, что мне нужно какое-то внешнее

наставничество, и мне хотелось обрести умиротворение, которое, как мне казалось, получали другие, перепоручив себя высшей силе и отказавшись от собственных предпочтений. Я знал, что мои прежние способы позаботиться о себе и даже мои прежние ценности – например, стремление к достижениям и самореализации – не пошли мне на пользу. Другими словами, когда я преодолел первоначальное отрицание проблемы, я уже не сопротивлялся мысли о таком пути к выздоровлению. Но мне оказалось непросто встроить его в мою собственную жизнь.

Я ходил на собрания АА, но мне казалось, что я что-то делаю не так. В реабилитационном центре настаивали на выполнении требования «90 за 90» (посетить 90 собраний АА за 90 дней), а сразу после выписки велели во что бы то ни стало найти группу рядом с домом и обзавестись куратором. Но в те дни мне было очень непросто найти группу, которая мне действительно понравилась бы, и хотя я пытался работать с кураторами, ни с одним у меня не срослось. На местных собраниях я встречал восторженных энтузиастов, которые утверждали, что АА спасли им жизнь и подарили покой и удовлетворение, и мне было неловко, как будто я хранил какую-то постыдную тайну. На бумаге все у меня было в порядке: я не пил. У меня все получалось на работе. Если бы я участвовал в клинических испытаниях, меня отнесли бы к категории пациентов, успешно достигших ремиссии. Но изнутри это ощущалось иначе. Психотерапевт, курировавший нашу группу медработников, посоветовал мне расслабиться и отбросить идеалистические ожидания, стать гибче: в конце концов, я до сих пор иногда брал 12-часовые ночные смены и не мог посещать собрания в те дни. Но какой-то голосок внутри моей головы твердил, что я стараюсь недостаточно.

У меня начало получаться заглушить этот голос только тогда, когда я приступил к работе над этой книгой и узнал, какими многообразными могут быть пути к выздоровлению[948]. В течение многих лет из-за мощного влияния многомиллиардной индустрии лечения зависимости в обществе господствовало сформированное АА представление о выздоровлении: оно понималось как полное воздержание от употребления и определенный формат участия в 12-ступенчатой программе. Это представление так глубоко укоренилось в нашей культуре, что даже я смог думать о выздоровлении иначе, лишь когда

начал изучать психиатрию, побывал пациентом в отделении расстройств употребления ПАВ в одной из лучших больниц в стране, прошел через специализированный реабилитационный центр и провел собственное исследование. Только в последние годы исследователи и врачи начали признавать все многообразие и индивидуальность подходов к выздоровлению: как оно начинается (самостоятельно, вместе с единомышленниками, в рамках системы лечения), подход к употреблению (умеренное употребление, полное воздержание или отказ от одного конкретного препарата), роль различных методик лечения (например, медицинских препаратов или психотерапии), терапевтическая система (традиционная 12-ступенчатая программа, иные группы взаимопомощи или лечение вне группы) и так далее. Самое важное – что во всем этом многообразии существует множество путей к благополучию, много возможностей измениться.

В последние годы все больше исследований, посвященных устойчивости ремиссии, показывают, что люди преодолевают зависимость множеством разных способов. Приблизительно 9 % населения США – более 22 миллионов взрослых – считают, что успешно разрешили проблемы с алкоголем или наркотиками. Чуть менее половины из них[949] идентифицируют себя как находящихся «в ремиссии», и еще меньше регулярно посещают группы 12 шагов. Многим удалось решить свои проблемы с привлечением других ресурсов, таких как работа, семья или религиозное сообщество. Люди обращаются к набирающим популярность группам взаимопомощи, существующим вне традиции 12 шагов, как откровенно атеистическим, так и основанным на самых разных вероисповеданиях, к психологическим группам вроде SMART Recovery[950], а также к программам, основанным на умеренном употреблении, а не на полном воздержании. Людям часто удается решить свои проблемы, не прибегая к официальному медицинскому лечению или подобным группам. В случае проблем с употреблением алкоголя около 70 % людей выздоравливают без внешнего вмешательства[951] и менее 25 % прибегают к программам лечения алкоголизма. (Впрочем, важно отметить, что разные психоактивные вещества требуют разных подходов: к примеру, лечение опиоидной зависимости чаще требует медикаментозного лечения и, возможно, психологической поддержки[952].) Медицинские организации и работники становятся

все более открыты к «множественности путей к выздоровлению», и это заметно даже в традиционных лечебных учреждениях; когда с одним моим знакомым недавно случился рецидив, он выбрал реабилитационный центр, который когда-то был флагманом 12-ступенчатого подхода, – и с большой радостью обнаружил, что теперь там предлагают в качестве альтернативы собрания светской организации SMART Recovery и буддистской группы Recovery Dharma[953].

Исследования ремиссии – не новое направление, а скорее, продолжение работы, начатой много лет назад учеными вроде Собеллов, стремившимися изучать весь спектр способов, которые помогают людям с зависимостью почувствовать себя лучше. Этот подход отражается сегодня в более широком определении выздоровления[954]: это скорее процесс изменения к лучшему, нежели просто отсутствие патологии. В 1984 году, после нападок на их исследования, Собеллы отметили, что сфера изучения зависимости переживает смену парадигмы[955], что нередко сопровождается обостренными конфликтами. Сегодня, почти 40 лет спустя, эта смена парадигмы все еще продолжается, более того, она набирает обороты, по мере того как инклюзивное, более гибкое представление о выздоровлении становится все более распространенным[956].

Открытия, совершенные в этой области, обнадеживают. Если отталкиваться от определения выздоровления как стабильных улучшений в функционировании и смысле жизни, то большинство людей с проблемами употребления психоактивных веществ смогут выздороветь, и большинству не понадобится для этого медицинская помощь. Согласно крупнейшим из имеющихся опросов, чем дольше человек находится в ремиссии, тем лучше качество жизни, ближе отношения в семье и выше работоспособность. В первые месяцы ремиссии, после какого-то периода стабильности, ощущение счастья и самооценка обычно снижаются, однако затем общие показатели благополучия растут экспоненциально в течение первых пять лет[957] и продолжают расти после этого.

Любопытно, что эти открытия согласуются с неврологическими исследованиями, согласно которым в зависимости имеется большой потенциал для изменений. В течение многих поколений люди,

страдающие зависимостью, боролись со стереотипами о «сломанном мозге», утверждавшими, что мы глубоко ущербны и неисправимы. В наши дни любые свидетельства физических изменений в мозге[958] трактуются широкой публикой как знак, что зависимость необратима, однако это неверно. Мозг действительно меняется в результате аддиктивного поведения[959], иногда эти изменения существенны и носят продолжительный характер, однако они обратимы. Мозг людей, у которых диагностировано тяжелое расстройство употребления ПАВ, действительно подвергается изменениям[960]; любой повторяющийся опыт, особенно связанный с вознаграждением, приводит к изменениям системы связей между различными отделами мозга. (Если бы этого не происходило, мы бы не смогли запоминать что-то или обучаться новому.) Со временем эти изменения сказываются на функционировании, то есть совместной работе, отделов мозга и структуре, например количестве серого вещества в определенных участках. Однако по крайней мере одно исследование показало, что у людей, выздоравливающих от кокаиновой зависимости, спустя примерно три года воздержания соответствующие участки мозга вернулись к норме, более того, спустя еще какое-то время воздержания количество серого вещества увеличилось еще и превысило «норму»[961]. Зависимость оказывает мощное влияние на нашу физиологию, однако не следует воспринимать эти открытия чересчур упрощенно, потому что выздоровление – сложный процесс.

Эти выводы вызывают у меня очень живой отклик. Когда я сам пробыл в ремиссии достаточно долго, я начал чувствовать себя лучше – не вполне устойчиво, но лучше. Со временем я вернулся к духовной практике. За много лет до этого, во время стажировки в Южной Корее после колледжа, я начал практиковать дзен, но после поступления в медицинский университет забросил эти занятия. Это была одна из многих вещей, которые отняла у меня зависимость, наряду с ценностями и ощущением смысла. Лишь закончив обучение на психиатра, я начал чаще ходить в буддистский центр неподалеку от дома. К своему удивлению, я обнаружил, что в центре проводятся встречи в традиции взаимопомощи для выздоравливающих от зависимости, и это лишний раз подтвердило, что я попал туда, куда нужно. Я глубоко уважаю АА и отнюдь не думаю, что эта программа несовместима с путем, который я прохожу сейчас, но лично мне,

чтобы утвердиться в ремиссии, потребовалось нечто иное. Лишь тогда я смог почувствовать облегчение, которое описывали члены АА: чувство, что меня держит земля, что меня оберегает нечто большее, чем я сам, что может помочь мне увидеть смысл в страдании и найти свою цель в мире. Почувствовав себя более уверенно, я смог вернуться в АА в более комфортном для меня формате, и сегодня, хотя я не считаю эту организацию своим основным домом, я продолжаю получать от нее очень многое, и я благодарен ей за знакомства и обмен опытом, которые это обширное братство принесло в мою жизнь.

Годы идут, я не пью. Программа наблюдения, конечно, не сахар, но она раздражает уже гораздо меньше, и я не сомневаюсь, что через несколько лет я успешно пройду ее. У меня появляется любящая партнерша, ребенок. Но стоит мне поверить, что у меня все хорошо, как жизнь подкидывает проверку: у моей матери обнаруживают рак. Кроме меня, у нее никого нет, так что я решаю помогать ей во всем: решить вопросы с медицинской страховкой, найти сиделку, разобрать пакеты с почтой, которые она просто засовывала за диван, когда у нее не было сил разбираться с этим. Я теперь доцент кафедры права, этики и психиатрии, так что вроде бы должен знать, как работает система здравоохранения, но я, хоть убей, не могу разобраться в растущей стопке счетов и запутанном лабиринте условий страховки, и на нас висит многотысячный долг за медицинские услуги.

В дополнение ко всему она пьет. Она пьет, несмотря на то что она старая, немощная, и когда выпьет, начинает падать, пьет даже после того, как мы выясняем, что из-за алкоголя у нее падают важные показатели в анализе крови и из-за этого она пропускает сеансы химиотерапии, которые я с таким трудом организовал для нее. Она говорит, что не хочет умирать – она боится смерти и не хочет расставаться с внуком, – но тем не менее продолжает пить. Это пугает и злит – как пугало и злило всегда, только теперь гораздо хуже.

Пока я еду из Бруклина в Джерси, я повторяю себе, что она мучается, что к ней нужно относиться с состраданием, но каждый раз начинаю на нее за что-то ругаться: за то, что она отправила сиделку за вином или вовсе выгнала ее, хотя сама позаботиться о себе не может. Потом я вижу страдание в ее глазах – и мне становится стыдно. Вернувшись домой, я ощущаю, что я тону: я пытаюсь учиться быть

врачом, писать книгу, наслаждаться жизнью, и я не справляюсь. Однажды в процессе спора с моей партнершей я начинаю бить по металлическому мусорному бачку и продолжаю бить, пока он не оказывается полностью искорежен. Она заявляет, что буддист из меня так себе, учитывая, сколько выходных она провела одна, присматривая за нашим сыном, пока я медитировал с группой. Это иронично и до боли правдиво. У меня не получается жить согласно моим ценностям, и это означает, что я должен стараться лучше. Я будто впал в зависимость от гнева. Я вижу, как вымещаю его на женщинах в моей жизни, как делал много раз до этого, и мне становится тревожно.

Я прошу знакомых порекомендовать мне психотерапевта. Мне стыдно спрашивать – я много лет оставался трезвым, я сам один из тех, кто помогает другим, и я чувствую себя мошенником. Что еще хуже, мой новый психотерапевт работает в технике, которая называется «внутренние семейные системы», о которой я только слышал и которая предполагает работу с внутренним ребенком, я всегда отвергал ее как надуманную и чересчур мягкую. Она предлагает мне лечь на кушетку и разговаривать с различными «частями» меня, и я чувствую себя глупо. Но, не успев и глазом моргнуть, я начинаю плакать, по-настоящему рыдать, и спустя несколько сеансов я чувствую перемены.

Не то чтобы я сразу становлюсь святым, но терапия работает. Мне кажется, большинство моих супервайзеров в Колумбийском стали бы воротить носы: у методики внутренних семейных систем не самая обширная доказательная база[962], у нее нет ни интеллектуального флера психоанализа, ни престижа более научно обоснованных техник. Но мне она как-то помогает. Научившись быть более сострадательным к себе, я могу быть более сострадательным к окружающим, особенно к матери. Я могу поддерживать ее, но при этом выстраивать здоровые границы и не зацикливаться на том, что я не могу изменить. Уже одно это кажется победой.

В чем я убеждаюсь снова и снова – на примере пациентов, товарищей по несчастью и своем собственном, – что у выздоровления нет конечной точки; на самом деле это непрерывный процесс изменений и роста, выходящий за рамки обычного медицинского определения ремиссии. Как люди меняются? Ответов на этот вопрос столько же, сколько людей, находящихся в процессе выздоровления.

Главное – пытаться. Я вспоминаю своего пациента по имени Джоуи – плотного, мускулистого бизнесмена, обратившегося ко мне для лечения опиоидной зависимости. Он классический бруклинский мачо: с самого начала настаивал, что просто «подсел», что в основе его зависимости нет никакой скрытой психологической проблемы. Раньше он ходил на собрания Анонимных Наркоманов и получал бупренорфин в амбулаторной клинике, но спустя всего несколько месяцев врач в этой клинике решил, что он будет «чище», если препарат отменить, и резкое снижение дозы привело к рецидиву. Я снова начал давать ему бупренорфин, и эффект был хороший. Его товарищи по АН поначалу расстроились – они спрашивали, как скоро он сможет слезть с препарата, они сомневались, что стоит допускать его к уборке стульев после собраний, – но когда они увидели его искренность и стабильность в течение нескольких месяцев, он стал одним из столпов этого сообщества.

К тому моменту Джоуи можно было назвать успешным пациентом: в традиционном клиническом исследовании он прошел бы по всем критериям, и его опиоидная зависимость отступила, но он стал замечать, что аддиктивное поведение начинает проявляться в других вещах. Несмотря на проблемы с налоговой, он компульсивно покупал красивые вещи, чтобы поддержать самооценку. Он увлекся дей-трейдингом, надеясь сорвать крупный куш, который решил бы его финансовые проблемы. Он заметил нездоровую одержимость режимом тренировок и собственным телом. Впрочем, теперь, когда опиоидная зависимость была под контролем, у нас появилось время поговорить о его жизни в широком контексте, и тут-то выяснилось, что поговорить есть о чем: жестокое обращение со стороны отца-алкоголика и стыд за бедность, в которой ему довелось расти. По мере того как мы изучали эту болезненную историю, он начал видеть связи между ней и своим поведением в настоящем. Однажды он в отчаянии посетовал, что все-таки с головой у него непорядок. Я ответил, что суть не в этом, а в том, что он жив, может продвигаться дальше и работать над тем, что поможет ему стать здоровым и процветающим.

Биомедицина многое может предложить. Я очень благодарен ей за те жизненно важные препараты, которые помогают Джоуи и таким, как он. Не так давно появились новые препараты для лечения расстройства употребления опиоидов – инъекционные и имплантационные формы

бупренорфина и инъекции пролонгированного «Налтрексона», – которые открывают большие перспективы для людей, испытывающих колебания в мотивации и желающих, подобно Одиссею, связать себе руки препаратами, которые приглушат их способность испытывать эйфорию и снизят риск передозировки. Психоделическая психотерапия тоже выглядит многообещающе, и начались испытания по лечению зависимости с помощью глубокой стимуляции мозга[963], когда в мозг вживляется небольшой электрод, который снижает тягу к наркотику благодаря электрическим импульсам. Но даже если самые футуристические методы лечения докажут свою эффективность для спасения жизни и даже если мы сможем внедрить их, соблюдая должное уважение к автономии пациентов, я подозреваю, что это будет лишь первый шаг.

Хелен Мейберг, невролог, впервые применившая глубокую стимуляцию мозга для лечения депрессии, рассказала писателю Лоуну Фрэнку историю одной своей пациентки, у которой, помимо депрессии, были проблемы с алкоголем. После имплантации электродов она отправилась домой и стала ждать, когда наступит облегчение, которое обычно приносил ей алкоголь. Пациентка почувствовала, что депрессия уменьшилась, но и только. Она вернулась к Мейберг разочарованная и спросила, можно ли еще что-то скорректировать. Мейберг ответила, что можно скорректировать ее жизнь. Процедура облегчила депрессию, чтобы вернуть ей способность самостоятельно работать над улучшением своей жизни. И теперь ей предстояло найти что-то, чем можно заменить депрессию и пьянство[964].

Эти истории – моя, Джоуи и той пациентки – показывают, что даже после того, как самые продвинутые методы лечения спасают жизнь, выздоровление все еще остается необходимым. Наука может развить новые терапевтические инструменты и проверить, что работает, а что нет, и это невероятно важно, но в конечном счете еще важнее оказывается та работа, которую мы проделываем сами. Мы остаемся людьми, у нас есть намерения и свобода воли, мы должны принимать решения о том, что для нас ценно в этой единственной и такой короткой жизни. Мы должны расти и меняться – не после зависимости и не за ее пределами, но вместе с ней, потому что наша зависимость –

часть нас самих.

Миллионы людей до нас вели отчаянную и упорную борьбу с зависимостью. Когда мы признаём, что зависимость – часть жизни, что единственного решения не существует, мы даем тем, кто страдает, шанс испытать облегчение. Нам нужно более качественное лечение, но, помимо этого, нам следует остерегаться слишком простых решений и упрощенных теорий, а еще больше – остерегаться превращения медицины в инструмент контроля. Мы должны отказаться от репрессивной прогибиционистской политики, которая причиняет много вреда и страданий, хотя какая-то доля регулирования необходима, хотя бы в форме рационального надзора за вредными веществами, особенно когда они навязываются нам превосходящей силой. Нам нужна наука, чтобы лучше понять это явление, но также нам нужно смирение, которое позволит увидеть, что главный научный вывод заключается в том, что решающую роль играют вещи, не имеющие отношения к мозгу. И какие бы технократические цели мы ни преследовали, нам всегда будет нужна простая народная мудрость взаимопомощи в любых возможных формах, будь то куратор, передающий нам все, чему сам научился на 12 ступенях АА, или активист программы минимизации вреда, объединяющийся с единомышленниками ради спасения жизней.

Оставляет ли история место для такого прагматического и плюралистского подхода? В определенные моменты возникали окна возможности для целостного понимания зависимости – такую попытку совершило движение против нетрезвости в конце XIX века, нечто подобное предпринимали терапевтические движения 1960-х, но эти усилия были подорваны идеологическими разногласиями и в конечном счете сведены на нет стигматизацией наркотиков и наркопотребителей. Сегодня, в разгар очередной эпидемии зависимости, у нас появилась еще одна редкая и драгоценная возможность для синтеза, и я надеюсь, что мы сможем объединиться вокруг широкого определения выздоровления как процесса положительных изменений. Но, чтобы это произошло, нам придется обратиться к боли, которая содержится в нашем общем прошлом, потому что в целом, как и в каждом индивидуальном случае, боль тесно связана с целью[965], а у нашего отчаяния есть причина. Страдание от зависимости – проблема не

индивидуальная, она является результатом глубоких наследственных травм. И нам нужно принять этот факт, чтобы выздороветь всем вместе.

Сегодня мы лучше понимаем конкретные факторы, помогающие выздоравливать от зависимости: физические ресурсы, такие как деньги и крыша над головой, личные ресурсы, такие как знания и навыки, социальные ресурсы, например семья и другие отношения. Некоторые исследователи объединяют эти факторы в понятие «капитал выздоровления»[966], и экономические ассоциации с этим понятием указывают на то, чего недостает в сугубо медицинском подходе к лечению зависимости. Слишком многие люди входят в процесс выздоровления, не имея важных элементов этого «капитала», и исследования показывают, что некоторые категории пациентов, в частности женщины, смешанные расовые группы и бывшие потребители опиоидов и стимуляторов, испытывают во время выздоровления больше психологических трудностей[967]. Наблюдается неравномерность распределения не только факторов, способствующих развитию зависимости, но и доступа к лечению. Бедность, классовое неравенство, расизм, половая дискриминация и прочие факторы сильно влияют на способность человека вступить в процесс выздоровления и продолжать его поддерживать. С учетом этого как далеко мы можем продвинуться с индивидуальным подходом к лечению? Что будет, если мы посмотрим на возможность выздоровления как на право, если нам хватит политического и морального воображения, чтобы противостоять системе, в которой столь многие лишены этого права? Такая попытка принесет нам большие дивиденды, поскольку в случае зависимости происходящее с одним человеком влияет на всех, и выздоровление – это не столько личный путь, сколько общий опыт. Нас объединяет наше стремление найти глубокое и при этом универсальное решение проблем, связанных с зависимостью.

Именно этому учит нас история. Зависимость глубоко обыденна: это один из способов встречать радости и горести, которые приносит жизнь, лишь одно из решений главной задачи всякого человека – справиться со страданием. Если зависимость – неотъемлемая часть человеческой жизни, значит, это не проблема, которую нужно решить. Мы не сможем положить ей конец, но мы должны найти способы

работать с ней: иногда мягкие, порой энергичные, они не должны превращаться в войну, поскольку бесполезно вести войну против собственной природы.

Благодарности

Прежде всего я хочу сказать, что я в большом долгу перед моими пациентами и их семьями, а также перед коллегами, друзьями и товарищами по выздоровлению от зависимости. Из уважения к их частной жизни я не писал подробно об их историях, но каждым словом в этой книге я обязан ярким примерам человечности, силы и надежды, которые они собой являют. Спасибо вам всем.

Также я хочу поблагодарить профессионалов, которые помогли мне самому выздороветь от зависимости. Наша медицинская система, хоть она и далека от идеала, полна самоотверженных работников, которые изо всех сил стараются помочь каждому, кто встречается им на пути. Я благодарен за доброту и помощь каждому врачу, психотерапевту, консультанту, целителю и социальному работнику.

Мне очень повезло, что Либби Макгвайр подтолкнула меня написать синопсис этой книги. И вдвойне повезло, что неподражаемая Алия Ханна Хабиб решила взять меня под свое крыло, – спасибо ей за ее дружбу, за мудрость и неизменную поддержку. Кроме того, спасибо Софи Пью-Селлерс, Ребекке Гарднер, Уиллу Робертсу, Эллен Котри и остальным членам команды литературного агентства The Genert Company.

Я хочу выразить глубокую благодарность моему необыкновенному редактору, Эмили Каннингем, которая за многие годы уделила уйму часов бесконечным черновикам рукописи, не утратила веру в проект и не бросила эту работу даже в злосчастном 2020 году. Я невероятно признателен ей за ее блестящее руководство и искреннюю, осязаемую преданность работе. Также спасибо Энн Годофф, Скотту Мойерсу и всем остальным сотрудникам издательства Penguin Press, которые верили в эту книгу и помогли ей воплотиться в жизнь. Мне повезло, что со мной работали такие замечательные научные ассистенты, как Генри Макконнел и Стефани Викстра. Также спасибо Итану Кори за тщательную проверку фактов и Уиллу Палмеру за мастерскую и проницательную редактуру текста. И я хотел бы поблагодарить Беовульфа Шинана за мое фото для обложки.

Своей научной составляющей эта книга обязана работе множества экспертов в ряде областей, и я лично нахожусь в неоплатном долгу перед учеными, которые уделяли мне время, щедро делились своими мыслями и во многих случаях даже вычитывали рукопись перед публикацией. Я особенно признателен Бену Брину за его важнейшие наставления в самом начале этой работы, а также Робину Руму и Уильяму Уайту. Шринивас Редди поделился со мной важными мыслями по поводу «Ригведы», и я очень благодарен ему за его искреннюю любовь и преданность истинам, содержащимся в этой книге. Я благодарю Джона Соске за его освежающе тонкое и сострадательное понимание природы зависимости. Джорджу Кубу спасибо за его вдумчивость и щедро уделенное время (следует подчеркнуть, что большинство ученых-неврологов гораздо более гуманны и далеко не так склонны к редукционизму, как о них принято думать, и я хочу открыто это объявить). Также выражаю признательность многим другим людям, которые уделили мне время и оказали помощь в работе: Ребекка Лемон, Крис Будник, Кервин Кэй, Дэвид Кортрайт, Генри Коулз, Кит Вэйлу, Джозе Кри, Джессика Уорнер, Питер Мэнколл, Кэролайн Акер, Нэнси Кэмпбелл, Ричард Бонни, Дэвид Херцберг, Скотт Тейлор, Джонатан Джонс, Рон Ройзен, Ник Хитер, Дэвид Армор, Джон Хельцер, Уильям Миллер, Майя Салавиц, Марк и Линда Собеллы, Кит Хэмфрис, Гэри Менделл и Дэвид Шефф. За все ошибки в книге несу ответственность только я.

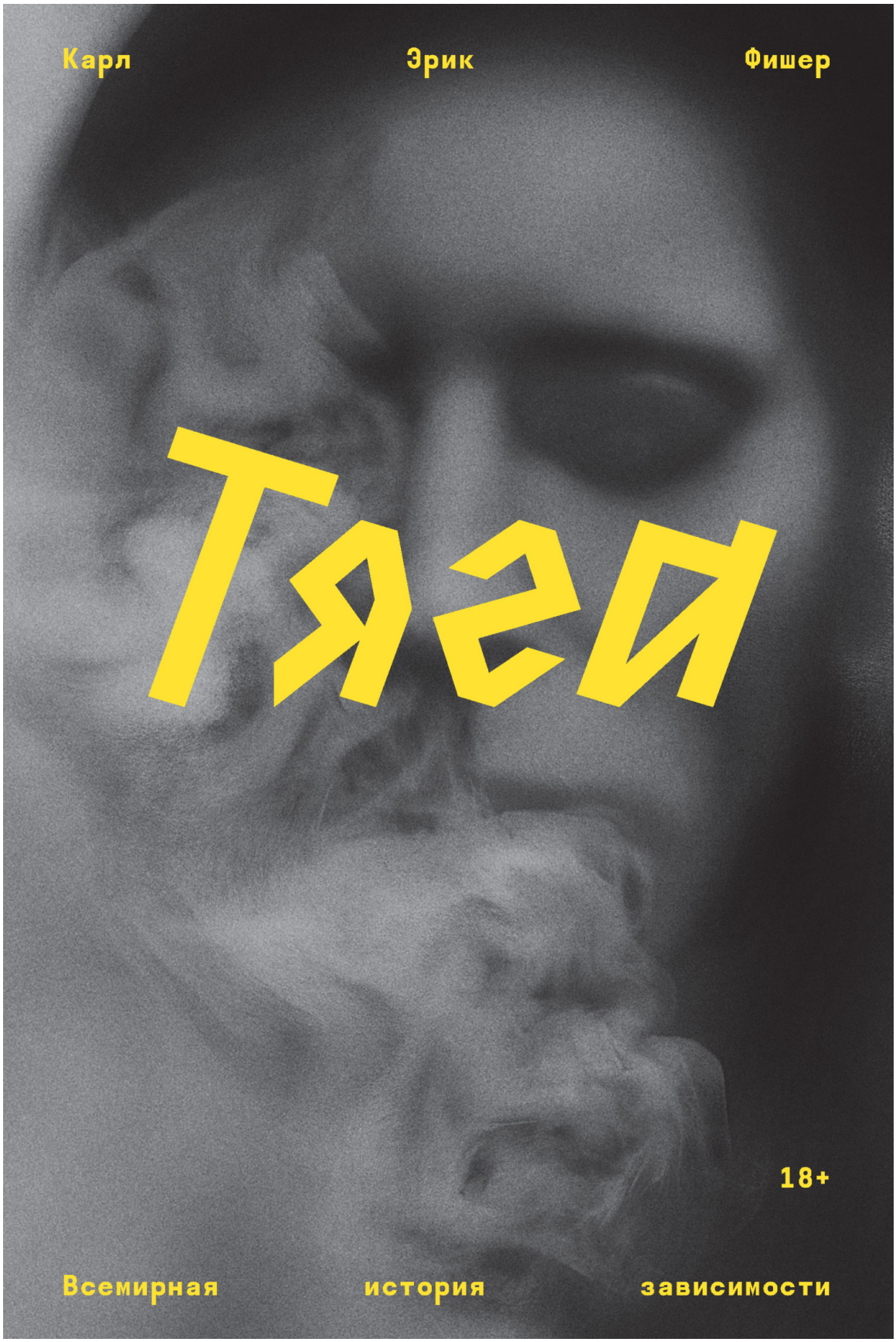
Я благодарен за щедрую поддержку программе общественного понимания науки и техники Фонда Альфреда Слоуна. Впервые начав писать для широкой публики, я извлек огромную пользу из семинара для ученых-писателей, организованного Фондом Кавли в Нью-Йоркском университете, программы NeuWrite при Колумбийском университете и умелого наставничества Майкла Сигала. Программа поддержки творческих профессий Jentel Artist Residency Program предоставила мне убежище, рабочее место, но прежде всего – теплое и поддерживающее сообщество, благодаря которому мне удалось определиться со структурой книги, а также утвердиться в мысли, что эта история должна быть рассказана и что мне следует этим заняться. За помощь в работе с архивами спасибо Ольге Ниловой из Рокфеллеровского университета и Салли Корбетт-Турко из Stepping Stones.

Уже много лет кафедра психиатрии Колумбийского университета остается образцовой средой для исследований и научных проектов, основанных на заботе о пациентах. Что еще важнее, там работают прекрасные люди, которые поддерживали меня с великим состраданием и профессионализмом в самые трудные моменты моей жизни, за что я буду вечно благодарен. В особенности я признателен преданным коллегам по ординатуре, которые выполняли мои обязанности, пока я проходил лечение, а также руководителям и администраторам, которые приняли меня обратно после лечения, – как я знаю по множеству печальных примеров, вы не обязаны были это делать, и я от всего сердца благодарю вас за то, что все-таки позволили мне вернуться. Спасибо всем моим учителям, супервайзерам и наставникам, в особенности Майку Девлину, Джиму Спирсу, Марии Окендо, Мелиссе Арбакл, Лизе Меллман, Холли Лисанби, Кену Хоугу и Полу Аппельбауму.

Я бесконечно признателен всем моим друзьям и коллегам, которые читали ранние варианты рукописи и всячески поддерживали меня в работе над книгой и в моем выздоровлении: Бен Эрлих, Тейлор Бек, Тим Рекварт, Марин Сарди, Алекс Тилни, Стив Холл, Феррис Джабр, Джейми Грин, Оливия Коски, Кевин Гриффин, Сюзанна Кахалан, Брайан Патчетт, Бевин Кэмпбелл, Кристин Полман, Рам Мурали, Кусай Хаммури, Педро Паскаль, Рави Кавасери, Люк Уайт, Марк Мансо, Лорен Осборн, Бен Эверетт, Ричард Брокман, Эллен Вора, Эйрин Хён, Бэррон Лернер, а также неутомимый Артур Уильямс. Ким Джейми, Хэлли Фейффер и Лорен О’Коннер охотно помогали мне разобраться в издательском деле. Спасибо вам, дорогие друзья: Джереми, Рон, Брайан и Уэс. Спасибо и вам, члены моей сангхи: Элла, Кайшин, Майя, Хэнк, Косен Грегори Синдер, Лора О’Лафлин, Теа Строзер, Хьён Гак Су Ним, организация Buddhist Recovery Network и махасангха. Спасибо родителям, которые дали мне жизнь, подарили множество моментов счастья и любви, открылись мне и делились своими трудностями, когда я работал над этой книгой. Ныне мой отец, как и моя мать до того, как умерла от рака, уделяет много внимания своему внуку, и я очень рад, что в последние годы наши отношения стали ближе, во многом благодаря их искренним усилиям и личностному росту. Огромное спасибо всем остальным членам моей семьи – многолетняя работа над книгой и необходимость по несколько

раз переписывать ее фрагменты переложили на их плечи множество дополнительных обязанностей, особенно во время пандемии COVID-19, и я никогда этого не забуду. Моя бесконечная признательность Бет, Кузе, Дэвиду, Энни, Лиз, Престону и особенно Джону и Мэри, героическим и невероятно преданным деду и бабушке. Спасибо, Гас, мальчик мой, за то, что так долго ждал, пока твой папа закончит свою книгу, за твое любопытство и воображение, за твою чуткую душу, которая вдохновляла меня каждый день. Никогда не забуду, как ты забирался ко мне на колени, чтобы выполнять собственную «невидимую работу», пока я писал. И наконец, самое большое спасибо Кэт, моей любимой, за ее горячую поддержку, оптимизм и остроумие, бесценные литературные советы и бесконечную душевную щедрость.

Спасибо сообществу людей, практикующих выздоровление от зависимости по всему миру и старающихся распространять свои знания. И спасибо моим читателям, которые прошли со мной весь этот путь и вникли в этот непростой и временами запутанный материал. Как говорил Марк Клейман, вы наверняка не согласились как минимум с одним моим убеждением, и это правильно: эта книга лишь отправная точка, один небольшой элемент в многовековых попытках понять явление зависимости. И если я побудил вас подумать об этом явлении чуть глубже или подарил вам немного оптимизма или умиротворения, значит, эта книга выполнила свою задачу. Я верю, что нас объединяет общая цель выздоровления и процветания для всех людей и общий путь, ведущий к этой цели.


Карл Эрик Фишер
Тяга
18+
Всемирная история зависимости

Примечания

1

Robert West and Jamie Brown, Theory of Addiction, 2nd ed. (Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 2013), гл. 3–6.

Вернуться

2

Ben Goldacre, Bad Pharma: How Drug Companies Mislead Doctors and Harm Patients (London: Fourth Estate, 2012); Allen Frances, Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life (New York: William Morrow, 2013); Allan V. Horwitz and Jerome C. Wakefield, The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder (New York: Oxford University Press, 2007).

Вернуться

3

Benjamin Rush, An Inquiry into the Effects of Ardent Spirits […], 8th ed. (Boston, 1823), 5, https://books.google.ru/books?id=-6UoAAAAYAAJ

Вернуться

4

Robert D. Ashford, Austin M. Brown, and Brenda Curtis, "Abusing Addiction: Our Language Still Isn't Good Enough," Alcohol Treatment Quarterly 37, no. 2 (2019): 257–272, https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07347324.2018.1513777

Вернуться

5

Michelle L. McClellan, Lady Lushes: Gender, Alcoholism, and Medicine in Modern America (New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2017), 23.

Вернуться

6

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health, HHS Publication PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55 (Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2020), 54, https://www.samhsa.gov/data/report/2019-nsduh-annual-national-report.
Эта часто цитируемая статистика приводится в отчете Национального мониторинга употребления наркотиков и психического здоровья (NSDUH), в котором респондентов относят к категории «нуждается в лечении», если в течение последнего года у них было зафиксировано расстройство употребления психоактивных веществ или они получали лечение в специализированном учреждении. Это довольно спорная классификация.

Вернуться

7

Iain Gately, Drink: A Cultural History of Alcohol (New York: Gotham, 2008), глава 2. Примечательно, что у древних греков имелись и другие слова, которые как раз обладали негативными коннотациями, например *philoinous* (любители вин, см. «Государство» Платона) или *akratokothones* (упивающиеся неразбавленным вином, см. «Пир мудрецов» Афинея).

Вернуться

8

Edwin Van Bibber-Orr, “Alcoholism and Song Literati,” в кн. Behaving Badly in Early and Medieval China, ed. N. Harry Rothschild and Leslie V. Wallace (Honolulu: University of Hawai’i Press, 2017), 135.

Вернуться

9

Peter Ferentzy and Nigel E. Turner, The History of Problem Gambling: Temperance, Substance Abuse, Medicine, and Metaphors (New York: Springer, 2013), 1–4.

Вернуться

10

Stephanie W. Jamison and Joel P. Brereton, trans., The Rigveda: The Earliest Religious Poetry of India (New York: Oxford University Press, 2014), 3:1429.

Вернуться

11

«Плач игрока» дан в пер. Т. Я. Елизаренковой. – **Здесь и далее, если не указано иное, примечания переводчика.**

Вернуться

12

В оригинале приводится цитата по Jamison and Brereton, The Rigveda, 10.34.5, 10.34.7.

Вернуться

13

В оригинале дается отсылка на английский перевод «Ригведы»: Ralph T. H. Griffith, trans., The Rig Veda (n.p., 1897), 10.34.9, https://en.wikisource.org/wiki/The_Rig_Veda/Mandala_10/Hymn_34. В Древней Индии в кости играли иначе, чем мы представляем это сегодня. Игроки вытаскивали небольшие орехи коричневого цвета (vibhidaka) из ямки в земле.

Вернуться

14

Jamison and Brereton, The Rigveda, 1429–1430; Jan Gonda, Vedic Literature (Samhitas and Brahmanas), vol. 1, Veda and Upanishads (Wiesbaden, Germany: Otto Harrassowitz,1975), 147; Srinivas Reddy, личная переписка с автором, 20 мая 2020 года.

Вернуться

15

Srinivas Reddy, личная переписка с автором, 20 мая 2020 года.

Вернуться

16

Joseph Michael Gabriel, “Gods and Monsters: Drugs, Addiction, and the Origin of Narcotic Control in the Nineteenth-Century Urban North” (PhD diss., Rutgers University, 2006), 5; Robin Room, Matilda Hellman, and Kerstin Stenius, “Addiction: The Dance between Concept and Terms,” International Journal of Alcohol and Drug Research 4, no. 1 (June 2014): 27–29, https://ijadr.org/index.php/ijadr/article/view/199; Robin Room, “The Cultural Framing of Addiction,” Janus Head 6, no. 2 (2003): 221–234.

Вернуться

17

Nick Heather and Gabriel Segal, eds., Addiction and Choice: Rethinking the Relationship (New York: Oxford University Press, 2017), введение, главы 9, 25.

Вернуться

18

Аркасия долгое время оставалась предметом философских споров. Я многое почерпнул из целого ряда работ, в том числе: Kent Dunnington, Addiction and Virtue: Beyond the Models of Disease and Choice (Downers Grove, IL: InterVarsity Press, 2011), 27–56, 102–105; Nick Heather, "Addiction as a Form of Akrasia," в кн. Heather and Segal, Addiction and Choice, 133–152; Robert C. Solomon, "Aristotle, the Socratic Principle, and the Problem of Akrasia," Modern Schoolman 49, no. 1 (1974): 13–21; Donald Davidson, "How Is Weakness of the Will Possible?" в кн. Essays on Actions and Events (New York: Oxford University Press, 2001), 21–42; Richard Kraut, "Alternate Readings of Aristotle on Akrasia," в кн. The Stanford Encyclopedia of Philosophy, ed. Edward N. Zalta (Palo Alto, CA: Metaphysics Research Lab, 2018), https://plato.stanford.edu/entries/aristotle-ethics/supplement1.html.

Вернуться

19

Plato, Phaedrus, trans. Alexander Nehamas and Paul Woodruff (Indianapolis: Hackett, 1995), 237d–38a. В русском переводе мы опираемся на перевод диалога «Федр», выполненный А. Н. Егуновым.

Вернуться

20

Plato, Protagoras, in The Collected Dialogues of Plato, ed. E. Hamilton and H. Cairns (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1961), 358b–358c.

Вернуться

21

Цитаты из «Протагора» даны в пер. Вл. С. Соловьева.

Вернуться

22

Christopher Shields, The Oxford Handbook of Aristotle (New York: Oxford University Press, 2012), 593–594, 601–602; Heather, “Addiction as a Form of Akrasia,” 12–13, 120; Davidson, “How Is Weakness of the Will Possible?” 32.

Вернуться

23

Alfred R. Mele, Irrationality: An Essay on Akrasia, Self-Deception, and Self-Control (New York: Oxford University Press, 1987), 22.

Вернуться

24

Подробнее об отношении Сократа к зависимости см. Brendan de Kenessey, “People Are Dying Because We Misunderstand How Those with Addiction Think,” Vox, March 16, 2018, https://www.vox.com/the-big-idea/2018/3/5/17080470/addiction-opioids-moral-blame-choices-medication-crutches-philosophy.

Вернуться

25

Christopher Bobonich, “Plato on Akrasia and Knowing Your Own Mind,” в кн. Akrasia in Greek Philosophy: From Socrates to Plotinus, ed. Christopher Bobonich and Pierre Destrée (Leiden, Netherlands: Koninklijke Brill, 2007), 41–60; Thomas Gardner, “Socrates and Plato on the Possibility of Akrasia,” Southern Journal of Philosophy 40, no. 2 (Summer 2002): 191–210, https://doi.org/10.1111/j.2041–6962.2002.tb01896.x. К вопросу о том, была ли метафора с конями ответом Платона на проблему акрасии: Joshua Wilburn, “Akrasia and the Rule of Appetite in Plato’s Protagoras and Republic,” Journal of Ancient Philosophy 8, no. 2 (November 2014): 57–91, http://doi.org/10.11606/issn.1981–9471.v8i2p57–91.

Вернуться

26

Dan Curley, Tragedy in Ovid: Theater, Metatheater, and the Transformation of a Genre (New York: Cambridge University Press, 2013), 182.

Вернуться

27

Книга седьмая. Пер. С. В. Шервинского.

Вернуться

28

Warren K. Bickel and Lisa A. Marsch, “Toward a Behavioral Economic Understanding of Drug Dependence: Delay Discounting Processes,” Addiction 96, no. 1 (January 2001): 73–86, https://doi.org/10.1046/j.1360–0443.2001.961736.x.

Вернуться

29

Robert West and Jamie Brown, Theory of Addiction, 2nd ed. (Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 2013), 59–63; George Ainslie, “Palpating the Elephant: Current Theories of Addiction in Light of Hyperbolic Delay Discounting,” в кн. Heather and Segal, Addiction and Choice, 227–244. Природа и причины этого сбоя являются предметом дискуссий. Различные теории выбора могут делать больший или меньший акцент на ненормальных желаниях в противовес ошибочным представлениям о воздействии наркотиков. См. Richard Holton, Kent Berridge, “Compulsion and Choice in Addiction” в кн. Heather and Segal, Addiction and Choice, 153–170.

Вернуться

30

Stephen T. Higgins et al., “Incentives Improve Outcome in Outpatient Behavioral Treatment of Cocaine Dependence,” Archives of General Psychiatry 51, no. 7 (July 1994), 568–576, https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950070060011.

Вернуться

31

Augustine, Confessions, trans. R. S. Pine-Coffin (London: Penguin, 1961), 3.1.1.

Вернуться

32

Цитаты из «Исповеди» приводятся на русском языке в пер. М. Е. Сергиенко.

Вернуться

33

Augustine, Confessions, 2.2.3.
Вернуться

34

См., например, Cynthia M. A. Geppert, “Aristotle, Augustine, and Addiction,” Psychiatric Times 25, no. 7 (June 2008): 40, https://www.psychiatrictimes.com/view/aristotle-augustine-and-addiction; John M. Bowers, “Augustine as Addict: Sex and Texts in the Confessions,” Exemplaria 2, no. 2 (1990): 403–448, https://doi.org/10.1179/exm.1990.2.2.403
Вернуться

35

Janice M. Irvine, Disorders of Desire: Sexuality and Gender in Modern American Sexology (Philadelphia: Temple University Press, 2005), 166; Janice M. Irvine, “Regulated Passions: The Invention of Inhibited Sexual Desire and Sex Addiction,” Social Text, no. 37 (Winter 1993): 203–226, https://doi.org/10.2307/466269
Вернуться

36

Augustine, Confessions, 10.30.41.
Вернуться

37

“the spirit of Perverseness”: Edgar Allan Poe, “The Black Cat,” in Tales (London: Wiley and Putnam, 1845), 37–46, https://books.google.ru/books?id=nQ0EAAAAQAAJ
Вернуться

38

Цитата из рассказа Эдгара Аллана По «Черный кот» приводится в пер. В. Хинкиса.

Вернуться

39

Christian Tornau, “Saint Augustine,” в кн. The Stanford Encyclopedia of Philosophy, ed. Edward N. Zalta (Palo Alto, CA: Metaphysics Research Lab, 2020), https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/augustine/

Вернуться

40

См. блестящее и более подробное рассуждение на эту тему: Bruce K. Alexander. The Globalization of Addiction (New York: Oxford University Press, 2010), loc. 4242 of 15778, Kindle.

Вернуться

41

Karen Armstrong, The Case for God (New York: Knopf, 2009), 111.

Вернуться

42

Piyadassi Thera, trans., Dhammacakkappavattana Sutta: Setting in Motion the Wheel of Truth, SN 56.11, Access to Insight, https://www.accesstoinsight.org/tipitaka/sn/sn56/sn56.011.piya.html.
«Словом, пять скандх – страдание.

Теперь, о монахи, Благородная Истина о Возникновении Страдания. Оно – в жажде, в алчбе, которые производят новое существование, связано оно с наслаждением и страстью. Алчба всегда находит себе

удовлетворение то здесь, то там. Это – жажда наслаждения, жажда существования и жажда несуществования, самоизбывания» (Дхармачакра правартана сутра, пер. А. М. Пятигорского). См. также Chonyi Taylor, Enough! A Buddhist Approach to Finding Release from Addictive Patterns (Ithaca, NY: Snow Lion, 2010); Darren Littlejohn, The 12-Step Buddhist: Enhance Recovery from Any Addiction (New York: Atria, 2009).

Вернуться

43

Vince Cullen, trans., Roga Sutta, AN 4.157 (неопубликованный перевод, 2019), подготовленный для Международного саммита по буддийским практикам в лечении зависимости (International Buddhist Recovery Summit). Текст перевода на английский язык доступен онлайн: Bhikkhu Sujato, trans., Roga Sutta, AN 4.157, https://suttacentral.net/an4.157/en/sujato. Винс Каллен использует слова «пьянящая тяга» (intoxicating inclinations) для перевода слова Asava вслед за Питером Харви, см. Peter Harvey, “In Search of the Real Buddha,” Buddhist News, November 28, 2019, https://thebuddhist.news/headline-news/in-search-of-the-real-buddha/; Peter Harvey, Introduction to Buddhism (New York: Cambridge University Press, 2013).

Вернуться

44

Brendan Dill and Richard Holton, “The Addict in Us All,” Frontiers in Psychiatry, October 9, 2014, https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2014.00139/full.

Вернуться

45

Stephen C. Hayes, Kirk D. Strosahl, and Kelly G. Wilson, Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change, 2nd ed. (New York: Guilford Press, 2012), vii–x, 95–98. См. также Caroline Davis and Gordon Claridge, “The Eating Disorders as Addiction: A Psychobiological Perspective,” Addictive Behaviors 23, no. 4 (July 1, 1998): 463–475, https://doi.org/10.1016/S0306–4603(98)00009–4; Jason Luoma et al., “Substance Abuse and Psychological Flexibility: The Development of a New Measure,” Addiction Research & Theory 19, no. 1 (February 1, 2011): 3–13, https://doi.org/10.3109/16066359.2010.524956; Manuel Alcaraz-Ibáñez, José M. Aguilar-Parra, and Joaquín F. Álvarez-Hernández, “Exercise Addiction: Preliminary Evidence on the Role of Psychological Inflexibility,” International Journal of Mental Health and Addiction 16, no. 1 (February 1, 2018): 199–206, https://doi.org/10.1007/s11469–018–9875-y; Wei-Po Chou, Cheng-Fang Yen, Tai-Ling Liu, “Predicting Effects of Psychological Inflexibility/ Experiential Avoidance and Stress Coping Strategies for Internet Addiction, Significant Depression, and Suicidality in College Students: A Prospective Study,” International Journal of Environmental Research and Public Health 15, no. 4 (April 2018): 788, https://doi.org/10.3390/ijerph15040788. Это понятие перекликается с результатами как теоретических исследований, так и экспериментов по применению психоделиков в лечении психических заболеваний, см. Judson Brewer, The Craving Mind: From Cigarettes to Smartphones to Love – Why We Get Hooked and How We Can Break Bad Habits (New Haven, CT: Yale University Press, 2017), 115; Michael Pollan, How to Change Your Mind: What the New Science of Psychedelics Teaches Us about Consciousness, Dying, Addiction, Depression, and Transcendence (New York: Penguin Press, 2018), 358–368.

Вернуться

46

Подробнее о самопомощи и нежелательности ее слишком поверхностного восприятия см. West and Brown, Theory of Addiction, 49–51.

Вернуться

47

Peter Zachar and Kenneth S. Kendler, “Psychiatric Disorders: A Conceptual Taxonomy,” American Journal of Psychiatry 164, no. 4 (April 2007): 57–65, https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.4.557; Nick Haslam, “Psychiatric Categories as Natural Kinds: Essentialist Thinking about Mental Disorder,” Social Research 67, no. 4 (Winter 2000): 1031–1058.

Вернуться

48

Deborah Hasin, “Truth (Validity) and Use Despite Consequences: The DSM-5 Substance Use Disorder Unidimensional Syndrome,” Addiction 109, no. 11 (November 2014): 1781–1782, https://doi.org/10.1111/add.12686; Deborah Hasin, “DSM-5 SUD Diagnoses: Changes, Reactions, Remaining Open Questions,” Drug and Alcohol Dependence 148, no. 3 (March 1, 2015): 226–229, https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.12.006; Deborah Hasin et al., “DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale,” American Journal of Psychiatry 170, no. 8 (August 1, 2013): 834, https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12060782.

Вернуться

49

Steve Silberman, NeuroTribes: The Legacy of Autism and the Future of Neurodiversity (New York: Avery, 2015); Christina Nicolaidis, “What Can Physicians Learn from the Neurodiversity Movement?” AMA Journal of Ethics 14, no. 6 (June 2012): 503–510, https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2012.14.6.oped1–1206. Более общую информацию о концепции спектра см. в работах Thomas Insel et al., “Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders,” American Journal of Psychiatry 167, no. 7 (July 2010): 748–751, https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379; William E. Narrow, Emily

A. Kuhl, “Dimensional Approaches to Psychiatric Diagnosis in DSM-5,” Journal of Mental Health Policy and Economics 14, no. 4 (December 2011): 197–200, PMID: 22345361; Kristian E. Markon, Michael Chmielewski, Christopher J. Miller, “The Reliability and Validity of Discrete and Continuous Measures of Psychopathology: A Quantitative Review,” Psychological Bulletin 137, no. 5 (2011): 856–879, https://doi.apa.org/doi/10.1037/a0023678; Michael P. Hengartner, Sandrine N. Lehmann, “Why Psychiatric Research Must Abandon Traditional Diagnostic Classification and Adopt a Fully Dimensional Scope: Two Solutions to a Persistent Problem,” Frontiers in Psychiatry 8 (June 2017), https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00101.

Вернуться

50

Reinout W. Wiers and Paul Verschure, “Curing the Broken Brain Model of Addiction: Neurorehabilitation from a Systems Perspective,” Addictive Behaviors 112 (January 2021): 106602, https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106602.

Вернуться

51

William S. Burroughs, Junky, ed. Oliver Harris (New York: Penguin Classics, 2008), 128; Caroline Knapp, Drinking: A Love Story (New York: Dial Press, 1996), 104, цит. по Jason David Gray, “Philosophy, Phenomenology, and Neuroscience: The Groundwork for an Interdisciplinary Approach to a Comprehensive Understanding of Addiction” (PhD diss., University of California, Riverside, 2013), 88.

Вернуться

52

У. Берроуз, «Джанки», пер. А. Керви и М. Смеляка.

Вернуться

53

Owen Flanagan, “What Is It Like to Be an Addict?” in Addiction and Responsibility, ed. Jeffrey Poland and George Graham (Cambridge, MA: MIT Press, 2011), 275.

Вернуться

54

Augustine, Confessions, 8.5.1.

Вернуться

55

E. M. Jellinek, The Disease Concept of Alcoholism (New Haven, CT: Hillhouse Press, 1960), 41.

Вернуться

56

Heather, “Addiction as a Form of Akrasia.”

Вернуться

57

О проблеме ретроспективной диагностики см. Axel Karenberg, “Retrospective Diagnosis: Use and Abuse in Medical Historiography,” Prague Medical Report 110, no. 2 (2009): 140–145.

Вернуться

58

Marcus Tullius Cicero, Selected Works, trans. Michael Grant (New York: Penguin Classics, 1960), 129. Приводя эту цитату, следует, однако, отметить, что Цицерон был заклятым врагом Марка Антония.
Вернуться

59

Цитата из второй филиппики дана в переводе В. О. Горентшейна.
Вернуться

60

Seneca, Moral Letters to Lucilius, 83.25, https://en.wikisource.org/wiki/Moral_letters_to_Lucilius/Letter_83.
Вернуться

61

Quintus Curtius Rufus, History of Alexander the Great of Macedon, 5.7.1; Marcus Junianus Justinus, Epitome of the Phillipic History of Pompeius Trogus, trans. John Selby Watson (London, 1853), 9.8.15, http://www.forumromanum.org/literature/justin/english/index.html. Питер Грин, автор современной биографии Александра Македонского, часто указывает в тексте на «алкоголизм» великого полководца: см. Peter Green, Alexander of Macedon, 356–323 B. C. (Berkeley: University of California Press, 1991), 443, 453. Джон О'Брайен утверждает, что Александр демонстрировал все классические симптомы алкоголизма и именно это стало причиной его падения, его «главной проблемой»: John O'Brien, Alexander the Great: The Invisible Enemy (New York: Routledge, 1992), 230.
Вернуться

62

Ryan P. McCormack et al., “Commitment to Assessment and Treatment: Comprehensive Care for Patients Gravely Disabled by Alcohol Use Disorders,” Lancet 382, no. 9896 (September 2013): 995–997, https://doi.org/10.1016/s0140–6736(12)62206–5

Вернуться

63

Nick Heather, “On Defining Addiction,” в кн. Heather and Segal, Addiction and Choice, 3–28; Michael S. Moore, “Addiction, Responsibility, and Neuroscience,” University of Illinois Law Review 202, no. 2: 375–470, https://illinoislawreview.org/wp-content/uploads/2020/04/Moore.pdf.
Нельзя не отметить, что критерии, которые считаются объективными, тем не менее содержат оценочные суждения, поскольку включают в себя такие понятия, как «проблемы» и «много времени».

Вернуться

64

Отметим, что критерии расстройства употребления психоактивных веществ нельзя назвать абсолютно надежными, см. Deborah Hasin et al., “The DSM-5 Field Trials and Reliability of Alcohol Use Disorder,” Drug and Alcohol Dependence 148 (March 2015): 226–229, https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.12.006.

Вернуться

65

Harry G. Frankfurt, “Freedom of the Will and the Concept of a Person,” Journal of Philosophy 68, no. 1 (January 1971): 12, https://doi.org/10.2307/2024717.

Вернуться

66

Herbert Fingarette, “Philosophical and Legal Aspects of the Disease Concept of Alcoholism,” in Research Advances in Alcohol and Drug Problems, vol. 7, ed. Reginald G. Smart et al. (New York: Plenum Press, 1983), 4.

Вернуться

67

Jose Murgatroyd Cree, “Protestant Evangelicals and Addiction in Early Modern English,” Renaissance Studies 32, no. 3 (June 2018): 446–462, https://doi.org/10.1111/rest.12328; Jose Murgatroyd Cree, “The Invention of Addiction in Early Modern England” (PhD diss., University of Sheffield, 2018). См. также Augustus Charles Bickley, “John Frith,” в кн. Dictionary of National Biography, ed. Leslie Stephen (London: Smith, Elder, 1889), https://en.wikisource.org/wiki/Frith,_John_(DNB00); Thomas Russell, “The Story, Life, and Martyrdom of John Frith, with the Godly and Learned Works and Writings of the Said Author, Hereafter Appearing,” в кн. The Works of the English Reformers: William Tyndale and John Frith, ed. Thomas Russell (London: Ebenezer Palmer, 1831), 2:77, https://archive.org/details/theworksoftheeng03tynduoft/page/n7/mode/2up.

Вернуться

68

Rebecca Lemon, Addiction and Devotion in Early Modern England (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2018), ix.

Вернуться

69

Cree, “Protestant Evangelicals,” 3.

Вернуться

70

John Frith, Antithesis […], in Russell, Works of the English Reformers, 318 (курсив наш).
Вернуться

71

Cree, “The Invention of Addiction,” chap. 4. Говоря точнее, слово пришло из новой латыни, где оно уже приобрело значение, в котором его использовал Фрит.
Вернуться

72

Cree, “Protestant Evangelicals,” 174, 448.
Вернуться

73

Cree, “Protestant Evangelicals,” 455.
Вернуться

74

Lemon, Addiction and Devotion, 10.
Вернуться

75

Gabriel, “Gods and Monsters,” 86–90; Christopher Cook, Alcohol, Addiction, and Christian Ethics (New York: Cambridge University Press, 2006); Mariana Valverde, Diseases of the Will: Alcohol and the Dilemmas of Freedom (New York: Cambridge University Press, 1998).
Вернуться

76

Rebecca Lemon, “Scholarly Addiction: Doctor Faustus and the Drama of Devotion,” Renaissance Quarterly 69, no. 3 (Fall 2016): 865–898, https://doi.org/10.1086/689036; Genevieve Guenther, “Why Devils Came When Faustus Called Them,” Modern Philology 109, no. 1 (August 2011): 46–70, https://doi.org/10.1086/662147.

Вернуться

77

Henri Logeman, ed., The English Faust-Book of 1592 (Ghent, 1900), 1, https://books.google.com/books?id=Q0RHAAAAcAAJ.

Вернуться

78

Laurence Bergreen, Columbus: The Four Voyages, 1492–1504 (New York: Penguin, 2012), 26–28.

Вернуться

79

Bergreen, Columbus, 19, 27; Count Corti, A History of Smoking, trans. Paul England (New York: Harcourt, Brace, 1932), 35–39. На самом деле первые листья табака дали Колумбу таино, жившие на Багамах, но тот подарок он выкинул.

Вернуться

80

Rudi Mathee, “Exotic Substances: The Introduction and Global Spread of Tobacco, Coffee, Cocoa, Tea, and Distilled Liquor, Sixteenth to Eighteenth

Centuries,” в кн. Drugs and Narcotics in History, ed. Roy Porter and Mikulás Teich (New York: Cambridge University Press, 1995), 33.
Вернуться

81

Zachary Siegel, “Is the U. S. Knee-Deep in ‘Epidemics,’ or Is That Just Wishful Thinking?” New York Times, August 14, 2018, https://www.nytimes.com/2018/08/14/magazine/epidemic-disaster-tragedy.html.
Вернуться

82

David T. Courtwright, Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001), 1–6.
Вернуться

83

Jordan Goodman, “Excitantia: Or, How Enlightenment Europe Took to Soft Drugs,” в кн. Consuming Habits: Global and Historical Perspectives on How Cultures Define Drugs, 2nd ed., ed. Jordan Goodman, Paul E. Lovejoy, and Andrew Sherratt (New York: Routledge, 2007), 121. О сахаре: см. Andrew Sherratt, введение к кн. Consuming Habits, 7.
Вернуться

84

Garcia da Orta, Colloquies on the Simples & Drugs of India, ed. Conde de Ficalho, trans. Clements Markham (Lisbon, 1895), https://archive.org/stream/colloquiesonsimp00orta/colloquiesonsimp00orta_djvu.txt. («Мужчины, принимающие его, становятся вялыми и сонными, они говорят, что употребляют, чтобы не чувствовать

проблем… Если не дать им его, есть риск летального исхода… и среди тех, кто его употребляет, распространена сильная тяга к нему»). См. также Benjamin Breen, The Age of Intoxication: Origins of the Global Drug Trade (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2019), 58–59; Marcus Boon, The Road of Excess: A History of Writers on Drugs (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005), гл. 1.

Вернуться

85

Именно от имени Жана Нико происходит слово «никотин». Larry Harrison, “Tobacco Battered and the Pipes Shattered: A Note on the Fate of the First British Campaign against Tobacco Smoking,” British Journal of Addiction 81, no. 4 (April 1986): 553–558, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.1986.tb00367.x.

Вернуться

86

Corti, History of Smoking, 69; Alfred H. Dunhill, “Smoking in England – Elizabethan,” в кн. The Gentle Art of Smoking (New York: Putnam, 1954), https://web.archive.org/web/20181109095246/http://archive.tobacco.org:80/History/Elizabethan_Smoking.html; Iain Gately, Tobacco: A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilization (New York: Grove Press, 2001), 45.

Вернуться

87

Patrizia Russo et al., “Tobacco Habit: Historical, Cultural, Neurobiological, and Genetic Features of People’s Relationship with an Addictive Drug,” Perspectives in Biology and Medicine 54, no. 4 (Autumn 2011): 557–577, https://doi.org/10.1353/pbm.2011.0047. В частности, папа угрожал отлучением тем, кто употреблял нюхательный табак

прямо в церкви: J. D. Rolleston, “On Snuff Taking,” British Journal of Inebriety 34, no. 1 (July 1936): 1–16.

Вернуться

88

Carol Benedict, Golden-Silk Smoke: A History of Tobacco in China, 1555–2010 (Berkeley: University of California Press, 2011), 24; Corti, History of Smoking, 141.

Вернуться

89

David Courtwright, The Age of Addiction: How Bad Habits Became Big Business (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2019), 70. См. также James Grehan, “Smoking and ‘Early Modern’ Sociability: The Great Tobacco Debate in the Ottoman Middle East (Seventeenth to Eighteenth Centuries),” American Historical Review 111, no. 5 (December 2006): 1352–1377, https://doi.org/10.1086/ahr.111.5.1352.

Вернуться

90

King James I, A Counterblaste to Tobacco (London, 1604), 16, https://books.google.com/books?id=EasUAAAAYAAJ. См. также David Harley, “The Beginnings of the Tobacco Controversy: Puritanism, James I, and the Royal Physicians,” Bulletin of the History of Medicine 67, no. 1 (Spring 1993): 28–50, PMID: 8461637.

Вернуться

91

Joshua Sylvester, Tobacco Battered and the Pipes Shattered (About Their Ears, That Id’ly Idolize So Base and Barbarous a Weed: Or, at Least-Wise

Over-Love So Loathsome Vanity) (London, 1676; Ann Arbor, MI: Text Creation Partnership, 2011), https://quod.lib.umich.edu/e/eebo/A87472.0001.001/1:6?rgn=%20div1;view=fulltext.

Вернуться

92

OxyContin: Its Use and Abuse, Hearing before the Subcommittee on Oversight and Investigations of the Committee on Energy and Commerce, House of Representatives, 107th Cong. 54 (2001) (обработанные показания Майкла Фридмана, исполнительного вице-президента, главного операционного директора Purdue Pharma L. P.). Более подробную информацию о нынешнем опиоидном кризисе можно найти в работе Patrick Radden Keefe, “The Family That Built an Empire of Pain,” New Yorker, October 30, 2017, https://www.newyorker.com/magazine/2017/10/30/the-family-that-built-an-empire-of-pain; Barry Meier, Pain Killer: An Empire of Deceit and the Origin of America’s Opioid Epidemic (New York: Random House, 2003); Sam Quinones, Dreamland: The True Tale of America’s Opiate Epidemic (New York: Bloomsbury Press, 2015); Anne Case and Angus Deaton, Deaths of Despair and the Future of Capitalism (Princeton, NJ: Princeton University Press, 2020); Art Van Zee, “The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy,” American Journal of Public Health 99, no. 2 (February 2009): 221–227, https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.131714.

Вернуться

93

Gerald Posner, “How to Hold Purdue Pharma Accountable for Its Role in the Opioid Epidemic,” Los Angeles Times, May 17, 2020, https://www.latimes.com/opinion/story/2020–05–17/sacklers-opioid-epidemic-bankruptcy; Katie Benner, “Purdue Pharma Pleads Guilty to Role in Opioid Crisis as Part of Deal with Justice Dept.,” New York Times, November 24, 2020,

https://www.nytimes.com/2020/11/24/us/politics/purdue-pharma-opioids-guilty-settlement.html; “2020 America’s Richest Families Net Worth – #30 Sackler Family,” Forbes, December 16, 2020, https://www.forbes.com/profile/sackler/?sh=53c8914b5d63.

Вернуться

94

Jim Orford, Power, Powerlessness, and Addiction (New York: Cambridge University Press, 2013), 131.

Вернуться

95

William Rhodes et al., Illicit Drugs: Price Elasticity of Demand and Supply (Washington, DC: National Criminal Justice Reference Service, 2002), 60–67, https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/grants/191856.pdf.

Вернуться

96

Jonathan P. Caulkins and Rosalie Liccardo Pacula, “Marijuana Markets: Inferences from Reports by the Household Population,” Journal of Drug Issues 38, no. 1 (January 2006): 173–200, https://doi.org/10.1177/002204260603600108. Автор подчеркивает, что намеренно употребляет слово «каннабис» для обозначения марихуаны, так как оно является научным названием растения, а кроме того, было в ходу задолго до того, как появилось слово «марихуана», которое намеренно использовалось для распространения негативных и расистских ассоциаций с этим веществом.

Вернуться

97

Alfred Rive, “A Brief History of the Regulation and Taxation of Tobacco in England,” William and Mary Quarterly 9, no. 1 (January 1929), https://doi.org/10.2307/1920374; Mathee, “Exotic Substances,” 33.
Вернуться

98

Harrison, “Tobacco Battered,” 556.
Вернуться

99

Courtwright, Forces of Habit, 156; Corti, History of Smoking, 141.
Вернуться

100

Corti, History of Smoking, 149.
Вернуться

101

Courtwright, Forces of Habit, 4–5.
Вернуться

102

Courtwright, Forces of Habit, 156, 197.
Вернуться

103

Orford, Power, Powerlessness, and Addiction.

Вернуться

104

Peter C. Mancall, “Tales Tobacco Told in Sixteenth-Century Europe,” Environmental History 9, no. 4 (2004): 648–78, https://doi.org/10.2307/3986264; Marcy Norton, Sacred Gifts, Profane Pleasures: A History of Tobacco and Chocolate in the Atlantic World (Ithaca, NY: Cornell University Press, 2008), 221–222.

Вернуться

105

Harrison, “Tobacco Battered,” 557.

Вернуться

106

Sidney W. Mintz, Sweetness and Power: The Place of Sugar in Modern History (New York: Penguin, 1986); James Walvin, Sugar, the World Corrupted: From Slavery to Obesity (New York: Pegasus, 2018).

Вернуться

107

Joseph F. Spillane, Cocaine: From Medical Marvel to Modern Menace in the United States, 1884–1920 (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2000), 32. См. также David F. Musto, “Opium, Cocaine and Marijuana in American History,” Scientific American, July 1991, https://doi.org/10.1038/scientificamerican0791–40. О компании Merck: H. Richard Friman, “Germany and the Transformations of Cocaine, 1860–1920,” в кн. Cocaine: Global Histories, ed. Paul Gootenberg (New York: Routledge, 2002), 85.

Вернуться

108

René I. Jahiel and Thomas F. Babor, “Industrial Epidemics, Public Health Advocacy and the Alcohol Industry: Lessons from Other Fields,” Addiction 102, no. 9 (September 2007): 1335–1339, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.2007.01900.x.

Вернуться

109

Richard Kluger, Ashes to Ashes: America’s Hundred-Year Cigarette War, the Public Health, and the Unabashed Triumph of Philip Morris (New York: Vintage, 1997), гл. 4–9.

Вернуться

110

Автор неизвестен, записка предназначалась Р. А. Питтману, 21 августа 1969, Brown & Williamson Records, Truth Tobacco Industry Records, University of California, San Francisco, https://www.industrydocuments.ucsf.edu/tobacco/docs/#id=xqkd0134; David Michaels, Doubt Is Their Product (New York: Oxford University Press, 2008).

Вернуться

111

Graham Readfearn, “Doubt over Climate Science Is a Product with an Industry behind It,” Guardian, March 5, 2015, https://www.theguardian.com/environment/planet-oz/2015/mar/05/doubt-over-climate-science-is-a-product-with-an-industry-behind-it; David Michaels, The Triumph of Doubt: Dark Money and the Science of Deception (New York: Oxford University Press, 2020).

Вернуться

112

Frederick Turner, Ernst Pöppel, “The Neural Lyre: Poetic Meter, the Brain, and Time,” Poetry 142, no. 5 (August 1983): 277–309, https://www.jstor.org/stable/20599567.

Вернуться

113

Peter C. Mancall, Deadly Medicine: Indians and Alcohol in Early America (Ithaca, NY: Cornell University Press, 1997), гл. 4–5; Samson Occom, A Sermon, Preached at the Execution of Moses Paul, an Indian […] (New Haven, 1772; Ann Arbor, MI: Text Creation Partnership, 2011), https://quod.lib.umich.edu/e/evans/N09814.0001.001/1:4?rgn=div1;view=fulltext.

Вернуться

114

Joanna Brooks, Robert Warrior, eds., The Collected Writings of Samson Occom, Mohegan (New York: Oxford University Press, 2006), 13–15; Bernd Peyer, The Tutor’d Mind: Indian Missionary-Writers in Antebellum America (Amherst: University of Massachusetts Press, 1997), 65.

Вернуться

115

Occom, A Sermon.

Вернуться

116

Mancall, Deadly Medicine, 44, 103–107, 114, 124; James Axtell, The European and the Indian: Essays in the Ethnohistory of Colonial North

America (New York: Oxford University Press, 1981), 49, 65; Don L. Coyhis and William L. White, Alcohol Problems in Native America: The Untold Story of Resistance and Recovery – the Truth about the Lie (Colorado Springs, CO: Coyhis, 2006), гл. 3.

Вернуться

117

"Journal of Indian Affairs," February 25, 1767, in The Papers of Sir William Johnson, vol. 12, ed. Milton W. Hamilton and Albert B. Corey (Albany: University of the State of New York, 1957), 273, https://archive.org/details/papersofsirwill12john.

Вернуться

118

Occom, A Sermon.

Вернуться

119

Bernd Peyer, "Samson Occom: Mohegan Missionary and Writer of the 18th Century," American Indian Quarterly 6, no. 3–4 (Winter 1982): 208–17, https://doi.org/10.2307/1183629.

Вернуться

120

Peyer, Tutor'd Mind, 74–79; "Five Ways to Compute the Relative Value of a UK Pound Amount, 1270 to Present," Measuring Worth Foundation (website), accessed February 27, 2021, https://www.measuringworth.com/calculators/ukcompare/.

Вернуться

121

Brooks, Warrior, Collected Writings of Samson Occom, 78.
Вернуться

122

Peyer, Tutor'd Mind, 74–79. Отдавая должное Дартмутскому колледжу, следует отметить, что в настоящее время там есть вполне пристойная программа обучения для коренных американцев: "The Native Legacy at Dartmouth College," Dartmouth Native American Program, Dartmouth College (website), дата обращения 02.02.2021, https://students.dartmouth.edu/nap/about/history.
Вернуться

123

Brooks and Warrior, Collected Writings of Samson Occom, 28.
Вернуться

124

Joy Leland, Firewater Myths: North American Indian Drinking and Alcohol Addiction (New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies, 1976).
Вернуться

125

Coyhis,White, Alcohol Problems, preface, гл. 2–3.
Вернуться

126

Frank Dikötter, Lars Laamann, Xun Zhou, Narcotic Culture: A History of Drugs in China (Chicago: University of Chicago Press, 2004), 1; Bruce K. Alexander, The Globalization of Addiction (New York: Oxford University Press, 2010), 131; Carl Trocki, Opium, Empire and the Global Political Economy (New York: Routledge, 1999), гл. 5. О развитии британского движения против опиума и его причинах, связанных с предвзятыми представлениям о проблеме в XIX веке, см. Virginia Berridge, Opium and the People, rev. ed. (New York: Free Association Books, 1999), 175–180.

Вернуться

127

Courtwright, Age of Addiction, 70.

Вернуться

128

Alexander, Globalization of Addiction, 1–84.

Вернуться

129

Case and Deaton, Deaths of Despair, 1–16.

Вернуться

130

Esteban Ortiz-Ospina, “The Rise of Living Alone: How One-Person Households Are Becoming Increasingly Common around the World,” Our World in Data, December 10, 2019, https://ourworldindata.org/living-alone.

Вернуться

131

Katherine Schaeffer, “Six Facts about Economic Inequality in the U. S.,” Pew Research Center, February 7, 2020, https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/02/07/6-facts-about-economic-inequality-in-the-u-s/.

Вернуться

132

Case and Deaton, Deaths of Despair, 94; Department of Veterans Affairs, America’s Wars (Washington, DC: Office of Public Affairs, 2020), https://www.va.gov/opa/publications/factsheets/fs_americas_wars.pdf.

Вернуться

133

John W. Crowley, “‘Alcoholism’ and the Modern Temper,” в кн. The Serpent in the Cup: Temperance in American Literature (Amherst: University of Massachusetts Press, 1997), 165.

Вернуться

134

Roger Kimball, “Sartre Resartus,” New Criterion, May 1987, https://newcriterion.com/issues/1987/5/sartre-resartus.

Вернуться

135

Ted Morgan, Literary Outlaw: The Life and Times of William S. Burroughs (New York: W. W. Norton, 1988), loc. 2932 and 3194 of 14351, Kindle.

Вернуться

136

Nabarun Dasgupta, Leo Beletsky, Daniel Ciccarone, “Opioid Crisis: No Easy Fix to Its Social and Economic Determinants,” American Journal of Public Health 108, no. 2 (February 2018): 182–186, https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304187.

Вернуться

137

Julie Netherland, Helena B. Hansen, “The War on Drugs That Wasn’t: Wasted Whiteness, ‘Dirty Doctors,’ and Race in Media Coverage of Prescription Opioid Misuse,” Culture, Medicine, and Psychiatry 40, no. 4 (December 2016): 664–686, https://doi.org/10.1007/s11013–016–9496–5.

Вернуться

138

Цит. по Mancall, Deadly Medicine, 116.

Вернуться

139

Richard W. Pointer, “An Almost Friend: Papunhank, Quakers, and the Search for Security amid Pennsylvania’s Wars, 1754–1765,” Pennsylvania Magazine of History and Biography 138, no. 3 (2014): 237–268; Coyhis and White, Alcohol Problems, 78–79.

Вернуться

140

William L. White, “Pre-A. A. Alcohol Mutual Aid Societies,” Alcoholism Treatment Quarterly 19, no. 1 (2001): 1–21; Coyhis and White, Alcohol Problems, 93–101; Christopher M. Finan, Drunks: An American History (Boston: Beacon Press, 2017), 5–23.

Вернуться

141

The Red Road to Wellbriety: In the Native American Way (Colorado Springs, CO: White Bison, 2002). Благодарю Джона Соске за эту информацию.

Вернуться

142

Matthew White, “Health, Hygiene and the Rise of ‘Mother Gin’ in the 18th Century,” British Library, October 14, 2009, https://www.bl.uk/georgian-britain/articles/health-hygiene-and-the-rise-of-mother-gin-in-the-18th-century.

Вернуться

143

Jessica Warner, “Old and in the Way: Widows, Witches, and Spontaneous Combustion in the Age of Reason,” Contemporary Drug Problems 23, no. 2 (June 1996): 197–220, https://doi.org/10.1177/009145099602300204; Emily Anne Adams, “ ‘Ladies’ Delight?’: Women in London’s 18th Century Gin Craze, Crimson Historical Review 2, no. 1 (Fall 2019), https://crimsonhistorical.ua.edu/wp-content/uploads/2019/12/LadiesDelight.pdf. Случай Грейс Питт описан также в эссе Томаса Троттера, о котором мы поговорим в следующей главе, Thomas Trotter, An Essay, Medical, Philosophical, and Chemical […] (London, 1804), 87–89, https://www.google.com/books/edition/An_Essay_Medical_Philosophical_and_Chemi/b2NHAAAAYAAJ. Ч. Диккенс в «Холодном доме» приводит этот случай, чтобы объяснить свою веру в спонтанное самовозгорание. О лондонской джиномании в целом см. великолепную книгу Дж. Уорнер Gin and Debauchery in an Age of Reason (New York: Four Walls Eight Windows, 2002), 74–81.

Вернуться

144

Mark Forsyth, “The 18th-Century Craze for Gin,” History Extra, December 2017, https://www.historyextra.com/period/georgian/gin-craze-panic-18th-century-london-when-came-england-alcohol-drinking-history/.

Вернуться

145

Warner, Craze, 3.

Вернуться

146

Daniel Defoe, A Brief Case of the Distillers […] (London, 1726; Ann Arbor, MI: Text Creation Partnership, 2011), https://quod.lib.umich.edu/e/ecco/004834050.0001.000?view=toc. См. также Warner, Craze, ix–xii.

Вернуться

147

John Gonson, Five Charges to Several Grand Juries, 3rd ed. (London, 1740), 103, https://www.google.com/books/edition/Five_Charges_to_several_Grand_Juries_Thi/vYhz5NMQtE0C.

Вернуться

148

Alexander, Globalization of Addiction, гл. 6.

Вернуться

149

Warner, Craze, 35–47.
Вернуться

150

Proceedings of the Old Bailey, February 27, 1734, 10, https://www.oldbaileyonline.org/images.jsp?doc=173402270010.
Вернуться

151

Henry Lowther, Viscount Lonsdale, 1743, цит. по Warner, Craze, 13.
Вернуться

152

Ernest L. Abel, “The Gin Epidemic: Much Ado about What?” Alcohol and Alcoholism 36, no. 5 (September 2001): 401–405, https://doi.org/10.1093/alcalc/36.5.401. После выхода нового закона о пьянстве в 1751 году, установившего более строгий контроль над розничными продажами, уровень потребления джина пошел на спад.
Вернуться

153

An Act for Laying a Duty upon the Retalers of Spiritous Liquors, and for Licensing the Retalers Thereof, 1736, 9 Geo. 2, c. 23.
Вернуться

154

Warner, Craze, 132; James Nicholls, The Politics of Alcohol (Manchester, UK: Manchester University Press, 2009), 51.

Вернуться

155

Daniel Defoe, Augusta Triumphans: Or, the Way to Make London the Most Flourishing City in the Universe (London, 1728), http://www.gutenberg.org/files/32405/32405-h/32405-h.htm.

Вернуться

156

Roy Porter, “The Drinking Man’s Disease: The ‘Pre-History’ of Alcoholism in Georgian Britain,” British Journal of Addiction 80, no. 4 (December 1985): 385–396, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.1985.tb03010.x.

Вернуться

157

Stephen Hales, A Friendly Admonition to the Drinkers of Gin, Brandy and Other Distilled Spiritous Liquors […] (London, 1734), 6, Eighteenth Century Collections Online.

Вернуться

158

George Gascoigne, A Delicate Diet, for Daintiemouthde Droonkardes […] (London, 1576; Ann Arbor, MI: Text Creation Partnership, 2011), https://quod.lib.umich.edu/e/eebo/A01517.0001.001?view=toc.

Вернуться

159

“House of Commons Journal Volume 1: 03 March 1607,” // Journal of the House of Commons, vol. 1, 1547–1629 (London, 1802), 346–347, https://www.british-history.ac.uk/commons-jrnl/vol1/pp346–347.
Вернуться

160

John Downame, Foure Treatises Tending to Disswade All Christians from Foure no Lesse Hainous Then Common Sinnes […] (London, 1609; Ann Arbor, MI: Text Creation Partnership, 2011), https://quod.lib.umich.edu/e/eebo2/A20760.0001.001?view=toc.
Вернуться

161

Nicholls, The Politics of Alcohol, 64.
Вернуться

162

Hales, Friendly Admonition, 26.
Вернуться

163

Porter, “Drinking Man’s Disease,” 390.
Вернуться

164

Подробнее о Раше можно прочесть в великолепной биографии: Stephen Fried, Rush: Revolution, Madness, and Benjamin Rush, the Visionary Doctor Who Became a Founding Father (New York: Crown, 2018), 207.

Вернуться

165

Peter Andreas, Killer High: A History of War in Six Drugs (New York: Oxford University Press, 2020), 27.

Вернуться

166

Fried, Rush, 232–238.

Вернуться

167

Diary and Autobiography of John Adams, vol. 2 (Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press, 1962), http://www.masshist.org/publications/adams-papers/view?%20id=ADMS-01–02–02–0005–0003–0013.

Вернуться

168

Benjamin Rush Travel Diary, 1784 April 2–7, brpst023001:22, Benjamin and Julia Stockton Rush Papers, Duke University, https://repository.duke.edu/dc/rushbenjaminandjulia/brpst023001.

Вернуться

169

Mark Edward Lender, James Kirby Martin, Drinking in America: A History (New York: Simon & Schuster, 1987), 30; Joseph Michael Gabriel, “Gods and Monsters: Drugs, Addiction, and the Origin of Narcotic Control in the Nineteenth-Century Urban North” (PhD diss., Rutgers University, 2006), 112–113.

Вернуться

170

Michael Goode, “Dangerous Spirits: How the Indian Critique of Alcohol Shaped Eighteenth-Century Quaker Revivalism,” Early American Studies: An Interdisciplinary Journal 14, no. 2 (Spring 2016): 256–283, https://doi.org/10.1353/eam.2016.0007.

Вернуться

171

Benjamin Franklin, “To the Printer of the Gazette,” Pennsylvania Gazette, July 22–August 2, 1736, Newspapers.com, https://www.newspapers.com/image/39391139/.

Вернуться

172

Fried, Rush, 264–265.

Вернуться

173

Christopher Cook, Alcohol, Addiction, and Christian Ethics (New York: Cambridge University Press, 2006), 117; Ernest Kurtz, Not God: A History of Alcoholics Anonymous (Center City, MN: Hazelden Educational Materials, 1979), 166; Harry Gene Levine, “The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America,” Journal of

Substance Abuse Treatment 2, no. 1 (Winter 1985): 43–57; Gabriel, “Gods and Monsters,” 119; Linda A. Mercadante, Victims & Sinners: Spiritual Roots of Addiction and Recovery (Louisville, KY: Westminster John Knox Press, 1996), 116, 143.

Вернуться

174

Charles E. Rosenberg, Janet Goldman, and Stephen Peitzman, “Framing Disease,” Hospital Practice 27, no. 7 (July 1992): 179–221, https://doi.org/10.1080/21548331.1992.11705460. См. также Charles E. Rosenberg, “Disease in History: Frames and Framers,” Milbank Quarterly 67, no. S1 (1989): 1–15, https://doi.org/10.2307/3350182.

Вернуться

175

О «юридическом» определении болезни см. Michael S. Moore, “Addiction, Responsibility, and Neuroscience,” University of Illinois Law Review 202, no. 2: 384, https://illinoislawreview.org/wp-content/uploads/2020/04/Moore.pdf. Пикард утверждает, что явление не обязательно должно классифицироваться как болезнь, чтобы быть объектом медицинского лечения: Hanna Pickard, “What We’re Not Talking about When We Talk about Addiction,” Hastings Center Report 50, no. 4 (July/ August 2020): 37–46, https://doi.org/10.1002/hast.1172.

Вернуться

176

“Psychiatric Categories as Natural Kinds: Essentialist Thinking about Mental Disorder,” Social Research 67, no. 4 (Winter 2000): 1032.

Вернуться

177

Benjamin Rush, An Inquiry into the Effects of Ardent Spirits […], 8th ed. (Boston, 1823), 31, https://books.google.com/books?id=-6UoAAAAYAAJ.

Вернуться

178

Thomas Trotter, An Essay, Medical, Philosophical, and Chemical […] (London, 1804), 1–5, 172, https://www.google.com/books/edition/An_Essay_Medical_Philosophical_and_Chemi/b2NHAAAAYAAJ.

Вернуться

179

Roy Porter, “Introduction,” в кн, An Essay Medical, Philosophical, and Chemical on Drunkenness and Its Effects on the Human Body, by Thomas Trotter, ed. Roy Porter (London, 1804; New York: Routledge, 1988), xiv. Троттеру было далеко до известности Раша, однако он оказал определенное влияние, и его эссе выдержало несколько переизданий и было переведено на немецкий и шведский языки.

Вернуться

180

George Cheyne, An Essay of Health and Long Life (London, 1724; Ann Arbor, MI: Text Creation Partnership, 2011), 52–53, https://quod.lib.umich.edu/e/ecco/004834818.0001.000?rgn=main;view=fulltext. См. также Roy Porter, “The Drinking Man’s Disease: The ‘Pre-History’ of Alcoholism in Georgian Britain,” British Journal of Addiction, 80, no. 4 (December 1985):” 392; Christopher M. Finan, Drunks: An American History (Boston: Beacon Press, 2017), 57.

Вернуться

181

James Nicholls, The Politics of Alcohol (Manchester, UK: Manchester University Press, 2009), 60; George Cheyne, The English Malady: Or, a Treatise of Nervous Diseases of All Kinds […] (London, 1733), 325–326, https://archive.org/details/englishmaladyort00cheyuoft/page/324/mode/2up.
Вернуться

182

Anthony Benezet, The Mighty Destroyer Displayed […] (Philadelphia, 1774; Ann Arbor, MI: Text Creation Partnership, 2011), 8, https://quod.lib.umich.edu/e/evans/N32312.0001.001/1:2?rgn=div1;view=fulltext. Из-за призыва к полному отказу от алкоголя памфлет Бенезета часто цитируется как первое произведение в американской антиалкогольной литературе, хотя работа Оккома вышла на два года раньше.
Вернуться

183

Rush, An Inquiry into the Effects of Ardent Spirits, 8.
Вернуться

184

Раш часто возвращался к этому исследованию и развивал его, и каждый раз он усиливал акцент на том, что хроническое пьянство является заболеванием ума. Историк Мэтью Осборн составил подробное описание эволюции взглядов Раша в течение его жизни: Matthew Warner Osborn, Rum Maniacs: Alcoholic Insanity in the Early American Republic (Chicago: University of Chicago Press, 2014), 23–24; Gabriel, “Gods and Monsters,” 117.
Вернуться

185

Robert L. North, “Benjamin Rush, MD: Assassin or Beloved Healer?” Baylor University Medical Center Proceedings 13, no. 1 (January 2000): 45–49, https://dx.doi.org/10.1080%2F08998280.2000.11927641; “Politics of Yellow Fever in Alexander Hamilton’s America,” U. S. National Library of Medicine, обновлено 16 ноября 2018, https://www.nlm.nih.gov/exhibition/politicsofyellowfever/index.html; Kenneth R. Foster, Mary F. Jenkins, Anna Coxe Toogood, “The Philadelphia Yellow Fever Epidemic of 1793,” Scientific American, February 1998, 88–93; Jacquelyn C. Miller, “The Wages of Blackness: African American Workers and the Meanings of Race during Philadelphia’s 1793 Yellow Fever Epidemic,” Pennsylvania Magazine of History and Biography 129, no. 2 (April 2005): 163–194, https://www.jstor.org/stable/20093783.

Вернуться

186

William L. White, Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, 2nd ed. (Chicago: Lighthouse Institute, 2014), 88.

Вернуться

187

Finan, Drunks, 102.

Вернуться

188

Leslie E. Keeley, Opium: Its Use, Abuse, and Cure; or, from Bondage to Freedom (Chicago, 1897), 82, https://books.google.com/books?id=LAhq6YjNIq0C.

Вернуться

189

Timothy A. Hickman, The Secret Leprosy of Modern Days: Narcotic Addiction and Cultural Crisis in the United States, 1870–1920 (Amherst: University of Massachusetts Press, 2007), 51–57; White, Slaying the Dragon, 68–86; H. Wayne Morgan, Drugs in America: A Social History, 1800–1980 (Syracuse, NY: Syracuse University Press), 75–82.

Вернуться

190

White, Slaying the Dragon, 69.

Вернуться

191

Eliyahu Kamisher, “Dueling Lawsuits between Malibu Rehab Centers Expose the Shady Side of the Recovery Industry,” Los Angeles Magazine, February 12, 2020, https://www.lamag.com/citythinkblog/dueling-lawsuits-between-malibu-rehab-centers-expose-the-shady-side-of-the-recovery-industry/.

Вернуться

192

Keeley, Opium, 46; Timothy A. Hickman, “Keeping Secrets: Leslie E. Keeley, the Gold Cure, and the 19th-Century Neuroscience of Addiction,” Addiction 113, no. 9 (June 2018): 1739–1749, https://doi.org/10.1111/add.1422.

Вернуться

193

Alan I. Leshner, “Addiction Is a Brain Disease, and It Matters,” Science 278, no. 5335 (October 1997): 45–47, https://doi.org/10.1126/science.278.5335.45.

Вернуться

194

“Leshner: ‘Addiction Is a Brain Disease, and It Matters,’ ” Google Scholar, accessed February 6, 2021, https://scholar.google.com/scholar?cites=16995262381563870016, Для сравнения, эта статья Лешнера обогнала вышедшую в тот же год редакционную статью Стэнли Прузинера, лауреата Нобелевской премии того года, в журнале Science: “Prion Diseases and the BSE Crisis,” Science 278, no. 5336 (October 1997): 245–251, https://doi.org/10.1126/science.278.5336.245.

Вернуться

195

Sally Satel, Scott O. Lilienfeld, “Addiction and the Brain-Disease Fallacy,” Frontiers in Psychiatry 4 (2014): 141, https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00141.

Вернуться

196

Derek Heim, “Addiction: Not Just Brain Malfunction,” Nature 507, no. 40 (March 2014), https://doi.org/10.1038/507040e.

Вернуться

197

American Society of Addiction Medicine, “Public Policy Statement: Definition of Addiction,” April 12, 2011, https://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-

statements/1definition_of_addiction_long_4–11.pdf (курсив наш). Дальнейшее обсуждение: David E. Smith, “The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction,” Journal of Psychoactive Drugs 44, no. 1 (January 2012): 1–4, https://doi.org/10.1080/02791072.2012.662105.

Вернуться

198

John Locke, “Madness,” в кн. The Life of John Locke: With Extracts from His Correspondence, Journals and Common-Place Books, ed. Lord Peter King (London, 1829), 328, https://books.google.com/books?id=AuFSCJWCcwEC&pg=PA328; Osborn, Rum Maniacs, гл. 1. Однако приписывать Локку представление об уме как tabula rasa было бы чрезмерным упрощением. Судя по всему, взгляды Локка были более взвешенными. См. Han-Kyul Kim, “Locke and the Mind-Body Problem: An Interpretation of His Agnosticism,” Philosophy 83, no. 326 (2008): 439–458, https://doi.org/10.1017/S003181910800082X.

Вернуться

199

Trotter, An Essay, Medical, Philosophical, and Chemical, 1–5, 172.

Вернуться

200

Edward A. Shorter, A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Asylum (New York: John Wiley & Sons, 1997), 10–16.

Вернуться

201

Roy Porter, The Greatest Benefit to All Mankind: A Medical History of Humanity (1997; repr. New York: W. W. Norton, 1998), 305.
Вернуться

202

William F. Bynum, “Chronic Alcoholism in the First Half of the 19th Century,” Bulletin of the History of Medicine 42, no. 2 (March 1968): 160–185, https://www.jstor.org/stable/44450720.
Вернуться

203

Friedrich-Wilhelm Kielhorn, “The History of Alcoholism: Brühl-Cramer’s Concepts and Observations,” Addiction 91, no. 1 (January 1996): 121–128, https://doi.org/10.1046/j.1360–0443.1996.91112114.x.
Вернуться

204

Andreas, Killer High, 39.
Вернуться

205

Kielhorn, “History of Alcoholism,” 123–125. Нужно отметить, что Брюль-Крамер убедительно доказывал, что поскольку алкоголизм имеет биологическую основу, к нему следует относиться с состраданием, как к болезни, а не недостатку нравственности.
Вернуться

206

Porter, Greatest Benefit, 502; Bynum, “Chronic Alcoholism,” 164, 185.

Вернуться

207

Eric T. Carlson,Jeffrey L. Wollock, “Benjamin Rush and His Insane Son,” Bulletin of the New York Academy of Medicine 51, no. 11 (1975): 1326.

Вернуться

208

Вслед за Дэниелом Дэннетом психиатр Салли Сейтел и психолог Скотт Лилиенфилд, принципиальные критики концепции заболевания мозга, назвали эту идею формой «алчного редукционизма»: Sally Satel, Scott O. Lilienfeld, “If Addiction Is Not Best Conceptualized a Brain Disease, Then What Kind of Disease Is It?” Neuroethics 10, no. 1 (April 2017): 19–24, https://doi.org/10.1007/s12152–016–9287–2. Более общие соображения см. также в работе Gregory A. Miller, “Mistreating Psychology in the Decades of the Brain,” Perspectives on Psychological Science 5, no. 6 (December 2010): 716–743, https://doi.org/10.1177/1745691610388774.

Вернуться

209

Kent C. Berridge, “Is Addiction a Brain Disease?” Neuroethics 10, no. 1 (April 2017): 1–5, https://doi.org/10.1007/s12152–016–9286–3; Moore, “Addiction, Responsibility, and Neuroscience.”

Вернуться

210

Lorraine T. Midanik, “Biomedicalization and Alcohol Studies: Implications for Policy,” Journal of Public Health Policy 25, no. 2 (April

2004): 211–228, https://doi.org/10.1057/palgrave.jphp.3190021; Lorraine T. Midanik, Biomedicalization of Alcohol Studies: Ideological Shifts and Institutional Challenges (Piscataway, NJ: Transaction, 2006).

Вернуться

211

Amy Loughman, Nick Haslam, “Neuroscientific Explanations and the Stigma of Mental Disorder: A Meta-Analytic Study,” Cognitive Research: Principles and Implications 3, no. 45 (November 2018), https://doi.org/10.1186/s41235–018–0136–1; Erlend P. Kvaale, Nick Haslam, William H. Gottdiener, “The ‘Side-Effects’ of Medicalization: A Meta-Analytic Review of How Biogenetic Explanations Affect Stigma,” Clinical Psychology Review 33, no. 6 (August 2013): 782–794, https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.002. Brett J. Deacon, Grayson L. Baird, “The Chemical Imbalance Explanation of Depression: Reducing Blame at What Cost?” Journal of Social & Clinical Psychology 28, no. 4 (April 2009): 415–435, https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.4.415.

Вернуться

212

Nora Volkow, “Addiction Is a Disease of Free Will,” Nora’s Blog, National Institute on Drug Abuse, June 12, 2015, https://archives.drugabuse.gov/about-nida/noras-blog/2015/06/addiction-disease-free-will.

Вернуться

213

Carl von Brühl-Kramer, Über die Trunksucht […] (Berlin, 1819), 21–22, цит. по Bynum, “Chronic Alcoholism,” 170.

Вернуться

214

Benjamin Rush, Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind, 5th ed. (Philadelphia, 1835), 358, https://books.google.com/books?id=l-oRAAAAYAAJ&pg=PA358.

Вернуться

215

Finan, Drunks, 1–2.

Вернуться

216

Письмо Эймоса А. Эванса Б. Рашу, 16 июня 1809 года (Amos A. Evans, letter to Benjamin Rush, June 16, 1809), цит. по Carlson, Wollock, “Benjamin Rush,” 1324; Fried, Rush, 444.

Вернуться

217

Письмо Бенджамина Раша Джону Адамсу, 26 апреля 1810 года (Benjamin Rush, letter to John Adams, April 26, 1810), Founders Online, National Archive, https://founders.archives.gov/documents/Adams/99–02–02–5523.

Вернуться

218

Письмо Бенджамина Раша Томасу Джефферсону, 2 января 1811 года (Benjamin Rush, letter to Thomas Jefferson, January 2, 1811), Founders Online, National Archives, https://founders.archives.gov/documents/Jefferson/03–03–02–0203.

Вернуться

219

Rush, Medical Inquiries, 261–268, https://books.google.com/books?id=l-oRAAAAYAAJ&pg=PA264; Fried, Rush, 465–477.

Вернуться

220

Eric T. Carlson, Meribeth M. Simpson, “Benjamin Rush’s Medical Use of the Moral Faculty,” Bulletin of the History of Medicine 39, no. 1 (January 1965): 22–33, https://www.jstor.org/stable/44447102; Osborn, Rum Maniacs, 33–41.

Вернуться

221

Jean-Charles Sournia, A History of Alcoholism, trans. Nicholas Hindley, Gareth Stanton (Cambridge, MA: Basil Blackwell, 1990), 44–50.

Вернуться

222

Письмо Бенджамина Раша Джону Адамсу, 17 сентября 1808 года (Benjamin Rush, letter to John Adams, September 16, 1808), в кн. Letters of Benjamin Rush, vol. 2, 1793–1813, ed. Lyman Henry Butterfield (Princeton, NJ: Princeton University Press, 2019), 977–979.

Вернуться

223

Edwin Van Bibber-Orr, “Alcoholism and Song Literati,” в кн. Behaving Badly in Early and Medieval China, ed. N. Harry Rothschild and Leslie V. Wallace (Honolulu: University of Hawai’i Press, 2017), 135.

Вернуться

224

Robin Room, “The Cultural Framing of Addiction,” Janus Head 6, no. 2 (2003): 226.

Вернуться

225

Jaime S. Jorquez, “Heroin Use in the Barrio: Solving the Problem of Relapse or Keeping the Tecato Gusano Asleep,” American Journal of Drug and Alcohol Abuse 10, no. 1 (1984): 63–75, https://doi.org/10.3109/00952998409002656.

Вернуться

226

Owen Flanagan, “Addiction Doesn’t Exist, but It Is Bad for You,” Neuroethics 10 (2017): 93, https://doi.org/10.1007/s12152–016–9298-z.

Вернуться

227

John Kobler, Ardent Spirits: The Rise and Fall of Prohibition (New York: Putnam, 1973), 53.

Вернуться

228

Frances FitzGerald, The Evangelicals: The Struggle to Shape America (New York: Simon & Schuster, 2017), 2–16.

Вернуться

229

Autobiography, Correspondence, Etc., of Lyman Beecher, D. D., vol. 1, ed. Charles Beecher (New York: Harper & Brothers, 1866), 92–124, 176–178, https://play.google.com/books/reader?id=gxEai3oXdKAC&hl=en&pg=GBS.PA92; Jessica Warner, All or Nothing: A Short History of Abstinence in America (Toronto: Emblem, 2010), гл. 2.

Вернуться

230

W. J. Rorabaugh, The Alcoholic Republic: An American Tradition (New York: Oxford University Press, 1979), 9, гл 1.2; Warner, All or Nothing, 31; Mark Edward Lender, James Kirby Martin, Drinking in America: A History (New York: Simon & Schuster, 1987), 35–46; “Total Alcohol Consumption per Capita (Liters of Pure Alcohol, Projected Estimates, 15+ Years of Age),” World Health Organization, Global Health Observatory Data Repository, World Bank Data-Bank (сайт), дата обращения 28.02.2021, https://data.worldbank.org/indicator/SH.ALC.PCAP.LI.

Вернуться

231

Rorabaugh, Alcoholic Republic, гл. 2, 6.

Вернуться

232

Christopher Cook, Alcohol, Addiction, and Christian Ethics (New York: Cambridge University Press, 2006), 77.

Вернуться

233

1 Cor. 5:11, 6:10; Gal. 5:19–21; 1 Tim. 4:4.

Вернуться

234

Gregory A. Austin, Alcohol in Western Society from Antiquity to 1800 (Santa Barbara, CA: ABC–Clio Information Services, 1985), 44, 47–48.
Вернуться

235

Rorabaugh, Alcoholic Republic, 30.
Вернуться

236

Jonathan Edwards, A Careful and Strict Enquiry into the Modern Prevailing Notions of That Freedom of the Will […] (Glasgow, 1790), 37, https://www.google.com/books/edition/A_Careful_and_Strict_Inquiry_Into_the_Mo/xikqAAAAYAAJ.
Вернуться

237

Ian R. Tyrrell, Sobering Up: From Temperance to Prohibition in Antebellum America, 1800–1860 (Westport, CT: Greenwood Press, 1979), 42, 58; Warner, All or Nothing, 40; Lyman Beecher, “Address on the Abuse of Spirituous Liquors,” The Panoplist, and Missionary Magazine United, September 1812, 188–190, https://www.google.com/books/edition/The_Panoplist_and_Missionary_Magazine_Un/RbAPAAAAIAA.
Вернуться

238

Lender and Martin, Drinking in America, 66–67.
Вернуться

239

Louis Menand, The Metaphysical Club (New York: Farrar, Straus and Giroux, 2001), 80.
Вернуться

240

Joseph Michael Gabriel, “Gods and Monsters: Drugs, Addiction, and the Origin of Narcotic Control in the Nineteenth-Century Urban North” (PhD diss., Rutgers University, 2006), 114.
Вернуться

241

Lyman Beecher, Six Sermons […] (Boston, 1827), https://www.google.com/books/edition/Six_Sermons_on_the_Nature_Occasions_Sign/CmpgIP2W5lIC; Lyman Beecher, Autobiography, vol. 2 (New York, 1865), 78. Некоторые второстепенные работы утверждают, что «проповеди» вышли в 1825 году, исторические источники не вполне однозначны. Jack S. Blocker, American Temperance Movements: Cycles of Reform (Boston: Twayne, 1989), 22–23.
Вернуться

242

Rorabaugh, The Alcoholic Republic, 101–102.
Вернуться

243

Beecher, Six Sermons, 105.
Вернуться

244

Elaine Frantz Parsons, Manhood Lost: Fallen Drunkards and Redeeming Women in the Nineteenth-Century United States (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2003), с. 1510–1514 из 3566, Kindle.
Вернуться

245

Beecher, Six Sermons, 8, 26.
Вернуться

246

John Marsh, Putnam and the Wolf […] (Hartford, CT, 1830), 10–11, https://books.google.com/books?id=DvYoAAAAYAAJ&pg=PA10.
«Сатана в Эдеме. И если не остановить его разрушительные действия, наши благотворительные учреждения закроются, наши святыни будут оставлены, наши прекрасные поля превратятся в пустыню».
Вернуться

247

Craig Reinarman, Harry G. Levine, “Crack in Context: Politics and Media in the Making of a Drug Scare,” Contemporary Drug Problems 16, no. 4 (Winter 1989): 535–577. См. также Bruce K. Alexander, Linda S. Wong, “The Myth of Drug-Induced Addiction,” BruceKAlexander.com, последнее обновление в июне 2010, https://www.brucekalexander.com/articles-speeches/demon-drug-myths/164-myth-drug-induced.
Вернуться

248

George Barrell Cheever, The Dream, or The True History of Deacon Giles' Distillery […] (New York, 1848), 18, https://www.google.com/books/edition/The_Dream_Or_The_True_History_of_Deacon/CTMMAQAAMAAJ.

Вернуться

249

Lender, Martin, Drinking in America, 71; Kobler, Ardent Spirits, 56; Blocker, American Temperance Movements, 22–23; Campbell Gibson, Kay Jung, "Historical Census Statistics on Population Totals by Race, 1790 to 1990, and by Hispanic Origin, 1970 to 1990, for Large Cities and Other Urban Places in the United States," U. S. Census Bureau, Population Division Working Paper no. 76, https://www.census.gov/content/dam/Census/library/working-papers/2005/demo/POP-twps0076.pdf.

Вернуться

250

Blocker, American Temperance Movements, 22–23.

Вернуться

251

Rorabaugh, The Alcoholic Republic, 223–236.

Вернуться

252

Причина смерти писателя – вопрос спорный, но высока вероятность, что это было следствие проблем с алкоголем. Edgar Allan Poe, "The

Black Cat," в кн. Tales (London: Wiley and Putnam, 1845), 38–39; Matthew Warner Osborn, Rum Maniacs: Alcoholic Insanity in the Early American Republic (Chicago: University of Chicago Press, 2014), 169–204; David S. Reynolds, "Black Cats and Delirium Tremens: Temperance and the American Renaissance," в кн. The Serpent in the Cup: Temperance in American Literature (Amherst: University of Massachusetts Press, 1997), 22–59; J. Gerald Kennedy, "Edgar Allan Poe, 1809–1849: A Brief Biography," в кн. A Historical Guide to Edgar Allan Poe, ed. J. Gerald Kennedy (New York: Oxford University Press, 2001), 19–59; Jeffrey Andrew Weinstock, "Introduction: The American Gothic," в кн. The Cambridge Companion to American Gothic, ed. Jeffrey Andrew Weinstock (New York: Cambridge University Press, 2017), 4.

Вернуться

253

Parsons, Manhood Lost, loc. 173 of 3566; John Crowley, ed., Drunkard's Progress: Narratives of Addiction, Despair, and Recovery (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999).

Вернуться

254

William G. Lulloff, "Franklin Evans; or the Inebriate," в кн. Walt Whitman: An Encyclopedia, ed. J. R. LeMaster and Donald D. Kummings (New York: Garland, 1998), воспроизведено с разрешения правообладателя https://whitmanarchive.org/criticism/current/encyclopedia/entry_81.html.

Вернуться

255

Herman Melville, White-Jacket; or, The World in a Man-of-War (Boston, 1850), 166,

https://www.google.com/books/edition/White_%20jacket_Or_The_World_in_a_Man_of_wa/fzI2AQAAMAAJ.
Вернуться

256

Цитаты из «Белого бушлата» даны в переводе И. А. Лихачева.
Вернуться

257

T. S. Arthur, “The Experience Meeting,” в кн. Crowley, Drunkard’s Progress, 29; Janet Chrzan, Alcohol: Social Drinking in Cultural Context (New York: Routledge, 2013), 75–76.
Вернуться

258

Osborn, “The Pursuit of Happiness,” in Rum Maniacs, 147–184.
Вернуться

259

James D. Hart, The Popular Book: A History of America’s Literary Taste (New York: Oxford University Press, 1950), 108.
Вернуться

260

Knickerbocker, or New York Monthly Magazine, May 1837, 512, цит. по Elizabeth Ann Salem, “Gendered Bodies and Nervous Minds: Creating Addiction in America, 1770–1910” (PhD diss., Case Western Reserve University, 2016), 89.
Вернуться

261

Alexander, Wong, “Myth of Drug-Induced Addiction”; Harry Gene Levine, “The Alcohol Problem in America: From Temperance to Alcoholism,” British Journal of Addiction 79, no. 1 (March 1984): 109–119, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.1984.tb00252.x.

Вернуться

262

William Cope Moyers, Broken: My Story of Addiction and Redemption (New York: Penguin, 2006), 1–4, 300.

Вернуться

263

Moyers, Broken, 80; “Portrait of Addiction,” BillMoyers.com, March 29, 1998, https://billmoyers.com/content/moyers-on-addiction-close-to-home/; Christopher S. Wren, “Celebrity’s Son: Big Connections and Addictions; Ordeal of Moyers Family Underlies a TV Documentary,” New York Times, March 20, 1998, B1, https://www.nytimes.com/1998/03/20/nyregion/celebrity-s-son-big-connections-addictions-ordeal-moyers-family-underlies-tv.html.

Вернуться

264

Moyers on Addiction: Close to Home: episode 1, “Portrait of Addiction,” produced by Amy Schatz and Bill D. Moyers; episode 2, “The Hijacked Brain,” produced by Gail Pellett and Bill Moyers; both aired March 29, 1998, on PBS, https://billmoyers.com/content/moyers-on-addiction-close-to-home/.

Вернуться

265

Kent C. Berridge, Morten L. Kringelbach, “Pleasure Systems in the Brain,” Neuron 86, no. 3 (May 2015): 646–664, https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.neuron.2015.02.018. См. также отчет Адама Олтера об этих открытия, для которых он выполнял некоторые первичные исследования со студентами Олдса: Adam Alter, Irresistible: The Rise of Addictive Technology and the Business of Keeping Us Hooked (New York: Penguin, 2017), 56, 328.

Вернуться

266

R. G. Heath, “Pleasure and Brain Activity in Man: Deep and Surface Electroencephalograms during Orgasm,” Journal of Nervous and Mental Disease 154, no. 1 (January 1972): 3–18, https://doi.org/10.1097/00005053–197201000–00002.

Вернуться

267

“Conversation with Conan Kornetsky,” interview, Addiction 98, no. 7 (July 2003): 875–882, https://doi.org/10.1046/j.1360–0443.2003.00423.x.

Вернуться

268

Charles A. Marsden, “Dopamine: The Rewarding Years,” British Journal of Pharmacology 147, no. 51 (February 2009): S136–144, https://doi.org/10.1038/sj.bjp.0706473.

Вернуться

269

Robert A. Yokel, Roy A. Wise, “Increased Lever Pressing for Amphetamine after Pimozide in Rats: Implications for a Dopamine Theory of Reward,” Science 187, no. 4187 (February 1975): 547–549, https://doi.org/10.1126/science.1114313; Roy A. Wise, “The Dopamine Synapse and the Notion of ‘Pleasure Centers’ in the Brain,” Trends in Neuroscience 3, no. 4 (April 1980): 91–95, https://doi.org/10.1016/0166–2236(80)90035–1; Kent C. Berridge, Terry E. Robinson, “What Is the Role of Dopamine in Reward: Hedonic Impact, Reward Learning, or Incentive Salience?” Brain Research Reviews 28, no. 3 (December 1998): 309–369, https://doi.org/10.1016/S0165–0173(98)00019–8.

Вернуться

270

Craig Reinarman, Harry G. Levine, eds., Crack in America: Demon Drugs and Social Justice (Berkeley: University of California Press, 1997), гл. 1–2.

Вернуться

271

Reinarman, Levine, Crack in America, 20; Jacob V. Lamar Jr., “Rolling Out the Big Guns,” Time, September 22, 1986, http://content.time.com/time/subscriber/article/0,33009,962371,00.html.

Вернуться

272

David Farber, Crack: Rock Cocaine, Street Capitalism, and the Decade of Greed (New York: Cambridge University Press, 2019); Roland G. Fryer et al., “Measuring Crack Cocaine and Its Impact,” Economic Inquiry 51, no. 3 (July 2013): 1651–1681, https://doi.org/10.1111/j.1465–7295.2012.00506.x; Eric C. Schneider, Smack: Heroin and the American City (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2013), 193–194.

Вернуться

273

National Institute on Drug Abuse, National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings, 1988, DHHS Publication No. 90–1681 (Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 1990), 50. See also Marsha Lillie-Blanton, James C. Anthony, Charles R. Schuster, “Probing the Meaning of Racial/ Ethnic Group Comparisons in Crack Cocaine Smoking,” JAMA 269, no. 8 (January 1993): 993–997, https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500080041029.

Вернуться

274

Peter Kerr, “Crack Addiction Spreads among the Middle Class,” New York Times, June 8, 1986, https://www.nytimes.com/1986/06/08/nyregion/crack-addiction-spreads-among-the-middle-class.html; Tessa Melvin, “Hearing Called to Explore Use of ‘Crack’ by Teen-Agers,” New York Times, April 27, 1986, https://www.nytimes.com/1986/04/27/nyregion/hearing-called-to-explore-use-of-crack-by-teen-agers.html; Peter Kerr, “Extra-Potent Cocaine: Use Rising Sharply among Teen-Agers,” New York Times, March 20, 1986, https://www.nytimes.com/1986/03/20/nyregion/extra-potent-cocaine-use-rising-sharply-among-teen-agers.html. В редакционной статье 2018 года издание приносит извинения за однобокое освещение проблемы крэка и стигматизацию темнокожих женщин в псевдонаучных репортажах о «крэковых младенцах»: “Slandering the Unborn,” editorial, New York Times, December 28, 2018, https://www.nytimes.com/interactive/2018/12/28/opinion/crack-babies-racism.html.

Вернуться

275

Arnold Washton, quoted in “Kids and Cocaine: An Epidemic Strikes Middle America,” Newsweek, March 17, 1986, 58–65.

Вернуться

276

Mark S. Gold, 800-Cocaine (New York: Bantam, 1984), 78.
Вернуться

277

Gina Kolata, “Drug Researchers Try to Treat a Nearly Unbreakable Habit,” New York Times, June 25, 1988, https://www.nytimes.com/1988/06/25/nyregion/drug-researchers-try-to-treat-a-nearly-unbreakable-habit.html.
Вернуться

278

“Biology of Addiction: Drugs and Alcohol Can Hijack Your Brain,” NIH News in Health, October 2015, https://newsinhealth.nih.gov/2015/10/biology-addiction; Howard J. Shaffer, “What Is Addiction?” Harvard Health Blog, June 19, 2017, https://www.health.harvard.edu/blog/what-is-addiction-2–2017061914490; Cynthia M. Kuhn, Wilkie A. Wilson, “How Addiction Hijacks Our Reward System,” Cerebrum (blog), Dana Foundation, April 1, 2005, https://www.dana.org/article/how-addiction-hijacks-our-reward-system/; “Addiction: The Hijacker, Episode 1,” Addiction Policy Forum, posted July 17, 2018, YouTube video, 3:17, https://www.youtube.com/watch?v=MbOAKmzKmJo.
Вернуться

279

Chris Stokel-Walker, “Is ‘Dopamine Fasting’ Silicon Valley’s New Productivity Fad?” BBC, November 19, 2019,

https://www.bbc.com/worklife/article/20191115-what-is-dopamine-fasting.
Вернуться

280

Ingrid Wickelgren, “Getting the Brain’s Attention,” Science 278, no. 5335 (October 1997): 35–37, https://doi.org/10.1126/science.278.5335.35; Berridge, Kringelbach, “Pleasure Systems in the Brain,” 656–657. В частности, эксперименты показали, что прерывание дофаминовых цепей не мешает получать удовольствие. Мы ссылаемся на высказывание Уайза: «Я больше не верю, что уровень удовольствия пропорционален количеству дофамина, выделившегося в мозгу».
Вернуться

281

Nutt et al., “Dopamine Theory,” 307. Натт упоминает несколько исследований, оспаривающих представление о том, что выброс дофамина играет ключевую роль в эффекте вознаграждения при употреблении опиоидов, хотя имеется одно недавнее исследование, указывающее на значительное высвобождение дофамина в вентральном полосатом теле после введения морфина: Primavera A. Spagnolo et al., “Striatal Dopamine Release in Response to Morphine: A [11C] Raclopride Positron Emission Tomography Study in Healthy Men,” Biological Psychiatry 86, no. 5 (September 2019): 356–364, https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.03.965.
Вернуться

282

Kenneth W. Tupper, “Psychoactive Substances and the English Language: ‘Drugs,’ Discourses, and Public Policy,” Contemporary Drug Problems 39, no. 3 (September 2012): 462–492, https://doi.org/10.1177/009145091203900306.
Вернуться

283

Discussed at length in Carl L. Hart, Drug Use for Grown-Ups: Chasing Liberty in the Land of Fear (New York: Penguin Press, 2021), 11.

Вернуться

284

Beecher, Six Sermons, 12–14.

Вернуться

285

Thomas R. Pegram, Battling Demon Rum: The Struggle for a Dry America, 1800–1933 (Chicago: Ivan R. Dee Press, 1998), loc. 774–776 of 2089, Kindle; David Hanson, “Scientific Temperance Instruction: Temperance Teachings,” Alcohol Problems and Solutions (сайт), дата обращения 11.02.2021, https://www.alcoholproblemsandsolutions.org/scientific-temperance-instruction-temperance-teachings/; Parsons, Manhood Lost, loc. 154 of 3566.

Вернуться

286

Osama bin Laden, interview by Peter Arnett, “Osama bin Laden Declares Jihad in 1997 in CNN Interview,” CNN, posted May 2, 2011, YouTube video, 1:23, https://www.youtube.com/watch?v=orawG7vt68o; Susan Michelle Gerling, “Louisiana’s New ‘Kill the Carjacker’ Statute: Self-Defense or Instant Injustice?” Journal of Urban and Contemporary Law 55, no. 1 (January 1999): 109–134.

Вернуться

287

Anne Case, Angus Deaton, Deaths of Despair and the Future of Capitalism (Princeton, NJ: Princeton University Press, 2020), 1–16.
Вернуться

288

Beth Macy, Dopesick: Dealers, Doctors, and the Drug Company That Addicted America (New York: Little, Brown, 2018), 113.
Вернуться

289

Nash, “Addicted,” http://content.time.com/time/covers/0,16641,19970505,00.html.
Вернуться

290

Джастин Эдвардс, письмо Уильяму Аллену Хэллоку, в кн. William Allen Hallock, Light and Love: A Sketch of the Life and Labors of the Rev. Justin Edwards (New York, 1855), 195, https://books.google.com/books?id=ObpEAAAAIAAJ.
Вернуться

291

American Temperance Union, “Sixth Annual Report,” в кн. Permanent Temperance Documents, vol. 2 (New York, 1853), 332, https://www.google.com/books/edition/Permanent_Temperance_Documents_Annual_re/DNsXAAAAYAAJ.
Вернуться

292

Milton A. Maxwell, “The Washingtonian Movement,” Quarterly Journal of Studies on Alcohol 11, no. 3 (1950): 410–451, https://doi.org/10.15288/qjsa.1950.11.410; Christopher M. Finan, Drunks: An American History (Boston: Beacon Press, 2017), гл. 2; A Member of the Society, Foundation, Progress and Principles of the Washington Temperance Society […] (Baltimore, 1842), https://www.google.com/books/edition/The_Foundation_Progress_and_Principles_o/iS1CAQAAMAAJ; David Harrisson Jr., A Voice from the Washingtonian Home […] (Boston, 1860), https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=pst.000052997631&view=1up&seq=9; T. S. Arthur, Six Nights with the Washingtonians: A Series of Temperance Tales (Philadelphia, 1843), https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=hvd.32044051143683&view=1up&seq=9; John Marsh, Hannah Hawkins, the Reformed Drunkard’s Daughter (New York,1844), https://play.google.com/books/reader?id=vA0qAAAAYAAJ.

Вернуться

293

Finan, Drunks, 37–39.

Вернуться

294

Gabriel, “Gods and Monsters,” 132.

Вернуться

295

Michelle L. McClellan, Lady Lushes: Gender, Alcoholism, and Medicine in Modern America (New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2017), 41–42.

Вернуться

296

Blocker, American Temperance Movements, 41; Tyrrell, Sobering Up, 166.

Вернуться

297

Arthur, Six Nights, 43.

Вернуться

298

Abraham Lincoln, “Temperance Address Delivered before the Springfield Washington Temperance Society, on the 22nd February, 1842,” в кн. Collected Works of Abraham Lincoln, vol. 1, ed. Roy P. Balser (New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1953; Ann Arbor, MI: Text Creation Partnership, 2011), 271–79.

Вернуться

299

John B. Gough, An Autobiography […], in Crowley, Drunkard’s Progress, 158.

Вернуться

300

William George Hawkins, Life of John H. W. Hawkins (Boston, 1862), 90–92, https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc2.ark:/13960/t7fq9t07q&view=1up&seq=9.

Вернуться

301

Lincoln, “Temperance Address,” in Collected Works, 271–276.
Вернуться

302

Crowley, введение в кн. Drunkard’s Progress, 6.
Вернуться

303

Tyrrell, Sobering Up, 176.
Вернуться

304

[Walt Whitman], “Temperance among the Firemen!” New York Aurora, March 30, 1842, в кн. Walt Whitman, the Journalism, vol. 1, 1834–1846, ed. Herbert Bergman, Douglas A. Noverr, Edward J. Recchia (New York: Peter Lang, 1998), https://whitmanarchive.org/published/periodical/journalism/tei/per.00420.xml; Reynolds, “Black Cats,” 48.
Вернуться

305

Gough, An Autobiography, 136–140.
Вернуться

306

Reynolds, “Black Cats,” 26.

Вернуться

307

Crowley, Drunkard’s Progress, 15.
Вернуться

308

“Evils of Intemperance,” Sailors’ Magazine, October 1842, 301, https://www.google.com/books/edition/The_Pilot_or_Sailors_magazine_Continued/6DoEAAAAQAAJ.
Вернуться

309

William L. White, Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, 2nd ed. (Chicago: Lighthouse Institute, 2014), 19.
Вернуться

310

Reynolds, “Black Cats,” 31; Finan, Drunks, 51; Parsons, Manhood Lost, loc. 660–661 of 3566.
Вернуться

311

Finan, Drunks, 49; Maxwell, “Washingtonian Movement,” 439–440.
Вернуться

312

Louise Foxcroft, The Making of Addiction: The “Use and Abuse” of Opium in Nineteenth Century Britain (Burlington, VT: Ashgate, 2007), 10–26. Вероятно, де Квинси страдал от невралгии тройничного нерва – мучительного хронического заболевания одного из главных нервов, иннервирующих лицо. Thomas De Quincey, Confessions of an English Opium-Eater (London, 1821), 73, 115, https://archive.org/details/confessionsanen04quingoog.

Вернуться

313

De Quincey, Opium-Eater, 74.

Вернуться

314

Здесь и далее цитаты из «Исповеди англичанина, употребляющего опиум» даны в пер. С. Панова, Н. Шептулина.

Вернуться

315

Thomas De Quincey, “Samuel Taylor Coleridge, by the English Opium-Eater,” в кн. The Works of Thomas De Quincey, Part II, vol. 10, ed. Grevel Lindop and Barry Symonds (New York: Routledge, 2016), 287.

Вернуться

316

De Quincey, Opium-Eater, 85.

Вернуться

317

De Quincey, Opium-Eater, 104, 140; Virginia Berridge, Opium and the People, rev. ed. (New York: Free Association Books, 1999), 51; 24 Fed. Reg. 5348 (July 1, 1959); Food and Drug Administration, Highlights of Prescribing Information: Morphine Sulfate Tablets, CII (Washington, DC: Food and Drug Administration, 2012), https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2012/022207s004lbl.pdf; "Opioid Oral Morphine Milligram Equivalent (MME) Conversion Factors," Centers for Medicare & Medicaid Services, February 2018, https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Oral-MME-CFs-vFeb-2018.pdf.

Вернуться

318

Томас де Квинси, письмо Уильяму Блэквуду, 1820, цит. по Colin Dickey, "The Addicted Life of Thomas De Quincey," Lapham's Quarterly, March 19, 2013, https://www.laphamsquarterly.org/roundtable/addicted-life-thomas-de-quincey.

Вернуться

319

Marcus Boon, The Road of Excess: A History of Writers on Drugs (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005), 13.

Вернуться

320

De Quincey, Opium-Eater, 80, 104, 118.

Вернуться

321

De Quincey, Opium-Eater, 76.
Вернуться

322

John O’Brien, Alexander the Great: The Invisible Enemy (New York: Routledge, 1992), 1–15. Именно от этого греческого слова поклонники ЛСД и псилоцибина в середине XX века образовали слово «энтеоген», обозначающее неформальную группу психоактивных веществ растительного происхождения.
Вернуться

323

Martin Booth, Opium: A History (New York: Thomas Dunne, 1996), 35; Foxcroft, Making of Addiction, 17; Joseph Michael Gabriel, “Gods and Monsters: Drugs, Addiction, and the Origin of Narcotic Control in the Nineteenth-Century Urban North” (PhD diss., Rutgers University, 2006), 176, 190–199.
Вернуться

324

Susan Zieger, Inventing the Addict (Amherst, MA: University of Massachusetts Press, 2008), 36.

Вернуться

325

Booth, Opium, 46.

Вернуться

326

Wilkie Collins, The Moonstone (Oxford, 1868), 184, https://www.google.com/books/edition/The_moonstone/FmsOAAAAQAAJ.

Вернуться

327

Цитата из «Лунного камня» дана в переводе М. Шагинян.

Вернуться

328

Samuel Taylor Coleridge, Kubla Khan, st. 1, line 5; Boon, Road of Excess, 21.

Вернуться

329

De Quincey, Opium-Eater, 73, 105–110, 137.

Вернуться

330

Mike Jay, “The Pope of Opium,” London Review of Books, May 13, 2010, https://www.lrb.co.uk/the-paper/v32/n09/mike-jay/drink-it-don-t-eat-it-or-smoke-it.

Вернуться

331

Thomas De Quincey, цит. по H. A. Page, Thomas De Quincey: His Life and Writings, with Unpublished Correspondence, vol. 2 (London, 1879), 273.

Вернуться

332

William Blair, “An Opium-Eater in America,” Knickerbocker, or New-York Monthly Magazine, July 1842, 49, https://www.google.com/books/edition/The_Knickerbocker/L60RAAAAYAAJ.

Вернуться

333

Jack London, John Barleycorn (New York: Century, 1913), 49, https://www.google.com/books/edition/_/cEnmTtCi9cYC; Charles Jackson, The Lost Weekend (1944; New York: Vintage, 2013), 16. См. также Owen Flanagan, “Identity and Addiction: What Alcoholic Memoirs Teach,” в кн. The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry (New York: Oxford University Press, 2013), 865–888.

Вернуться

334

Peter Andreas, Killer High: A History of War in Six Drugs (New York: Oxford University Press, 2020), гл. 2; David T. Courtwright, Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001), гл. 2; William A. Emboden Jr., “Ritual Use of Cannabis sativa L.: A Historical-Ethnographic Survey,” в кн. Flesh of the Gods, ed. Peter T. Furst (Prospect Heights, IL: Waveland Press, 1990), 214–236.

Вернуться

335

Boon, Road of Excess, 45.

Вернуться

336

Boon, Road of Excess, 51–53.

Вернуться

337

Meyer Berger, “Tea for a Viper,” New Yorker, March 5, 1938.

Вернуться

338

Owen Flanagan, “Addiction Doesn’t Exist, but It Is Bad for You,” Neuroethics 10 (2017): 98, https://doi.org/10.1007/s12152–016–9298-z.

Вернуться

339

Red Rodney, цит. по Jill Jonnes, Hep-Cats, Narcs, and Pipe Dreams: A History of America's Romance with Illegal Drugs (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999).

Вернуться

340

William S. Burroughs, интервью, в кн. David T. Courtwright, Herman Joseph, Don Des Jarlais, Addicts Who Survived: An Oral History of Narcotic Use in America before 1965 (Knoxville: University of Tennessee Press, 2012), 276.

Вернуться

341

Richard Holmes, "De Quincey: So Original, So Truly Weird," New York Review of Books, November 24, 2016, https://www.nybooks.com/articles/2016/11/24/de-quincey-so-original-so-truly-weird/.

Вернуться

342

Booth, Opium, 39.

Вернуться

343

Fitz Hugh Ludlow, The Hasheesh Eater: Being Passages from the Life of a Pythagorean (New York, 1857), 62, https://archive.org/details/66640730R.nlm.nih.gov/page/n65/mode/2up. Более подробно о жизни Ладлоу см. Dave Gross, "A Brief Biography of Fitz Hugh Ludlow," Lycaeum (сайт), помещено в архив 18 сентября 2015 года,

https://web.archive.org/web/20150918165744/http://www.lycaeum.org/nepenthes/Ludlow/THE/Biography/biography.html; Timothy A. Hickman, The Secret Leprosy of Modern Days: Narcotic Addiction and Cultural Crisis in the United States, 1870–1920 (Amherst: University of Massachusetts Press, 2007), 25–32.

Вернуться

344

Ludlow, Hasheesh Eater, 16.

Вернуться

345

Fitz Hugh Ludlow, “The Apocalypse of Hasheesh,” Putnam’s Monthly, December 1856, https://web.archive.org/web/20140503090034/http:/www.lycaeum.org/nepenthes/Ludlow/Texts/apocalyp.html.

Вернуться

346

Ludlow, Hasheesh Eater, ix–x.

Вернуться

347

Употребление терминов «опиаты» и «опиоиды» может иногда сбивать с толку. Эти термины часто используются как равнозначные, однако под опиатами чаще всего подразумеваются препараты естественного происхождения, например морфин, а в понятие «опиоиды» могут входить также синтетические вещества с той же молекулярной структурой, например оксикодон. Во избежание

путаницы, в этой книге я во всех случаях пользуюсь термином «опиоиды». – **Прим. авт.**

Вернуться

348

Fitz Hugh Ludlow, “What Shall They Do to Be Saved?” Harper’s New Monthly Magazine, August 1867, 377–387; Gross, “Brief Biography.”

Вернуться

349

Фитц Хью Ладлоу, письмо редактору, Harper’s New Monthly Magazine, August 1870, 458, https://www.google.com/books/edition/Harper_s_New_Monthly_Magazine/xkhGAAAAcAAJ.

Вернуться

350

“Confessions of an English Opium-Eater,” North American Review, January 1824, 92, https://www.google.com/books/edition/The_North_American_Review/haJKAAAAcAAJ.

Вернуться

351

H. Wayne Morgan, Drugs in America: A Social History, 1800–1980 (Syracuse, NY: Syracuse University Press), 11–27. В опиуме содержится несколько природных психоактивных соединений, главным из которых является морфин. Впервые его сумели выделить в 1800х годах, однако массовое производство началось только в 1827 году. Это сделал

Хайнрих Эмануэль Мерк, чья семейная аптека со временем превратилась в гигантскую фармацевтическую компанию.
Вернуться

352

Paul Starr, The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry (New York: Basic Books, 1982), 47, 65, 96–108; Berridge, Opium and the People, 64.
Вернуться

353

Hickman, Secret Leprosy, 38.
Вернуться

354

Berridge, Opium and the People, 135–142.
Вернуться

355

Anne Case, Angus Deaton, Deaths of Despair and the Future of Capitalism (Princeton, NJ: Princeton University Press, 2020), 117.
Вернуться

356

David T. Courtwright, Dark Paradise: A History of Opiate Addiction in America (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001), 9. Вопрос о том, можно ли поставить диагноз «зависимость» ретроспективно, спорный, однако Кортрайт пользовался продуманной методологией, описанной им в главе 1. См. также Courtwright, Forces of Habit, 36–37.

Вернуться

357

Horace B. Day, The Opium Habit […] (New York, 1868), 7, https://quod.lib.umich.edu/m/moa/AEU2766.0001.001.

Вернуться

358

Jonathan S. Jones, “Then and Now: How Civil War-Era Doctors Responded to Their Own Opiate Epidemic,” Civil War Monitor, November 3, 2017, https://www.civilwarmonitor.com/blog/then-and-now-how-civil-war-era-doctors-responded-to-their-own-opiate-epidemic; David T. Courtwright, “Opiate Addiction as a Consequence of the Civil War,” Civil War History 24, no. 2 (June 1978), 101–111, https://doi.org/10.1353/cwh.1978.0039.

Вернуться

359

Mark A. Quinones, “Drug Abuse during the Civil War (1861–1865),” International Journal of the Addictions 10, no. 6 (1975), https://doi.org/10.3109/10826087509028357.

Вернуться

360

Gabriel, “Gods and Monsters,” 210.

Вернуться

361

Oliver Wendell Holmes Sr., Currents and Counter-Currents in Medical Science […] (Boston, 1860), 35, https://www.google.com/books/edition/Currents_and_Counter_currents_in_Medical/XaYrAQAAMAAJ.

Вернуться

362

Day, The Opium Habit, 5, 7.

Вернуться

363

Morgan, Drugs in America, 22–27.

Вернуться

364

Уильям Уайт разработал собственную схему эпидемических циклов употребления наркотиков: William L. White, Randall Webber, “Substance Use Trends: History and Principles,” Counselor 4, no. 3 (2003): 18–20.

Вернуться

365

Joseph F. Spillane, Cocaine: From Medical Marvel to Modern Menace in the United States, 1884–1920 (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2000), 8–22, 84–86; Courtwright, Forces of Habit, 47.

Вернуться

366

W. H. Bentley, “Erythoxylon coca,” Chicago Medical Times 12, no. 10 (January 1881): 504–5, https://books.google.com/books?

id=4ZavVd0VBfQC&pg=PA504; W. H. Bentley, “Erythoxylon coca,” Therapeutic Gazette 1, no. 12 (December 1880): 350–51, https://books.google.com/books?id=RHVMAQAAMAAJ&pg=PA350.
Вернуться

367

William L. White, Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, 2nd ed. (Chicago: Lighthouse Institute, 2014), 31–33.
Вернуться

368

Sarah W. Tracy, Alcoholism in America: From Reconstruction to Prohibition (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2005), 28–40; White, Slaying the Dragon, 31; John W. Crowley, William L. White, Drunkard’s Refuge: The Lessons of the New York State Inebriate Asylum (Amherst: University of Massachusetts Press, 2004); Arnold Jaffe, Addiction Reform in the Progressive Age: Scientific and Social Responses to Drug Dependence in the United States, 1870–1930 (Lexington: University of Kentucky Press, 1976); Mariana Valverde, Diseases of the Will: Alcohol and the Dilemmas of Freedom (New York: Cambridge University Press, 1998); Christopher M. Finan, Drunks: An American History (Boston: Beacon Press, 2017), 80–83.
Вернуться

369

Roberts Bartholow, The Treatment of Diseases by the Hypodermatic Method (Philadelphia, 1879), 6, 90–107, https://books.google.com/books?id=oyvePAtztLsC.
Вернуться

370

Berridge, Opium and the People, 142.
Вернуться

371

Crowley and White, Drunkard's Refuge, 29–39; Finan, Drunks, 72–77; Jaffe, Addiction Reform, 27.
Вернуться

372

Jim Baumohl, "Inebriate Institutions in North America, 1840–1920," British Journal of Addiction 85, no. 9 (September 1990): 1187–204, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.1990.tb03444.x; Jim Baumohl, Robin Room, "Inebriety, Doctors, and the State: Alcoholism Treatment Institutions before 1940," в кн. Recent Developments in Alcoholism, vol. 5, ed. Marc Galanter (New York: Springer, 1987), 135–74; Finan, Drunks, 50–70.
Вернуться

373

Katherine A. Chavigny, " 'An Army of Reformed Drunkards and Clergymen': The Medicalization of Habitual Drunkenness, 1857–1910," Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 69, no. 3 (July 2014): 383–425, https://doi.org/10.1093/jhmas/jrs082.
Вернуться

374

White, Slaying the Dragon, 62–67. Более подробно о том, как феномен наркозависимости стал темой медицинского и популярного дискурса см. в кн. Zieger, Inventing the Addict, 51–60.

Вернуться

375

Carl Erik Fisher, “Food, Sex, Gambling, the Internet: When Is It Addiction?” Scientific American Mind, January 2016, https://www.scientificamerican.com/article/food-sex-gambling-the-internet-when-is-it-addiction/; David J. Ley, The Myth of Sex Addiction (Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 2014).

Вернуться

376

Allen Frances, “Behavioral Addictions: A Dangerous and Slippery Slope,” HuffPost, May 16, 2016, https://www.huffpost.com/entry/behavioral-addictions-a-d_b_9959140; Joël Billieux et al., “Are We Overpathologizing Everyday Life? A Tenable Blueprint for Behavioral Addiction Research,” Journal of Behavioral Addictions 4, no. 3 (September 2015): 119–123, https://dx.doi.org/10.1556%2F2006.4.2015.009.

Вернуться

377

Tracy, Alcoholism in America, 39–40.

Вернуться

378

Adrian Meule, “Back by Popular Demand: A Narrative Review on the History of Food Addiction Research,” Yale Journal of Biology and Medicine 88, no. 3 (September 2013): 295–302, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26339213.

Вернуться

379

Barbara Weiner, William White, “The Journal of Inebriety (1876–1914): History, Topical Analysis, and Photographic Images,” Addiction 102, no. 1 (January 2007): 15–23, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.2006.01680.x.

Вернуться

380

Benjamin Rush, Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind, 5th ed. (Philadelphia, 1835), 268; Eric T. Carlson, Meribeth M. Simpson, “Benjamin Rush’s Medical Use of the Moral Faculty,” Bulletin of the History of Medicine 39, no. 1 (January 1965): 22–33.

Вернуться

381

Peter Ferentzy, Nigel E. Turner, The History of Problem Gambling: Temperance, Substance Abuse, Medicine, and Metaphors (New York: Springer, 2013), 17.

Вернуться

382

Andreas De Block, Pieter R. Adriaens, “Pathologizing Sexual Deviance: A History,” Journal of Sex Research 50, no. 3–4 (March 2013): 276–98, https://doi.org/10.1080/00224499.2012.738259.

Вернуться

383

На русском языке книга выходила в 2013 году под названием «Половая психопатия».

Вернуться

384

White, Slaying the Dragon, 41–42.
Вернуться

385

Berridge, Opium and the People, 54; Booth, Opium, 42–45; Foxcroft, Making of Addiction, 32.
Вернуться

386

Кольридж в письме к Джозефу Коттлу, 26 апреля 1814 года, в кн. Day, Opium Habit, 150–151; Berridge, Opium and the People, 52.
Вернуться

387

William Rosser Cobbe, Doctor Judas: A Portrayal of the Opium Habit (Chicago, 1895), 13, 17, 40; общие сведения о ятрогенной зависимости в то время см. в кн. Courtwright, Dark Paradise, 50–52.
Вернуться

388

David Herzberg, White Market Drugs: Big Pharma and the Hidden History of Addiction in America (Chicago: University of Chicago Press, 2020), 25.
Вернуться

389

Frances FitzGerald, The Evangelicals: The Struggle to Shape America (New York: Simon & Schuster, 2017), 58–59; Hickman, Secret Leprosy, 34.
Вернуться

390

American Association for the Study and Cure of Inebriety, Proceedings, 1870–1875 (New York: Arno Press, 1981), 52, https://books.google.com/books?id=yXDs45f2S5sC. Об идеях Бирда см. также Hickman, Secret Leprosy, 42; Baumohl, “Inebriate Institutions,” 1194.
Вернуться

391

American Association for the Study and Cure of Inebriety, Proceedings, 64.
Вернуться

392

Jonnes, Hep-Cats, 18. См. также Courtwright, Dark Paradise, 36.
Вернуться

393

Howard Markel, An Anatomy of Addiction: Sigmund Freud, William Halsted, and the Miracle Drug, Cocaine (New York: Vintage, 2011), 4–6.
Вернуться

394

Barry Milligan, “Morphine-Addicted Doctors, the English Opium-Eater, and Embattled Medical Authority,” Victorian Literature and Culture 33, no.

2 (September 2005): 541–553, https://doi.org/10.1017/S1060150305050977.
Вернуться

395

Morgan, Drugs in America, 42.
Вернуться

396

Herzberg, White Market Drugs, 17.
Вернуться

397

Morgan, Drugs in America; Helen Keane, What's Wrong with Addiction? (Melbourne: Melbourne University Press, 2002); Gabriel, "Gods and Monsters"; Harry G. Levine, "The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America," Journal of Substance Abuse Treatment 2, no. 1 (January 1985): 43–57, https://doi.org/10.1016/0740–5472(85)90022–4; Eve Kosofsky Sedgwick, "Epidemics of the Will," in Tendencies (Durham, NC: Duke University Press, 1993), 130–142.
Вернуться

398

T. D. Crothers, The Disease of Inebriety […] (New York, 1893), 24, http://www.williamwhitepapers.com/pr/1893%20The%20Disease%20of%20Inebriety.pdf.
Вернуться

399

Baumohl, “Inebriate Institutions,” 1189; White, Slaying the Dragon, 40.
Вернуться

400

David T. Courtwright, “A Short History of Drug Policy or Why We Make War on Some Drugs but Not on Others,” History Faculty Publications, no. 23 (October 2012), https://digitalcommons.unf.edu/ahis_facpub/23/.
Вернуться

401

The Combined Addiction Disease Chronologies of William White, MA, Ernest Kurtz, PhD, and Caroline Acker, PhD (неопубликованное исследование, 2001), 12, http://www.williamwhitepapers.com/pr/2001Addiction%20as%20Disease%20Chronology.pdf.
Вернуться

402

John H. Halpern, Opium: How an Ancient Flower Shaped and Poisoned Our World (New York: Hachette, 2019), 130–135. For other accounts of the Opium Wars, see Frank Dikötter, Lars Laamann, Xun Zhou, Narcotic Culture: A History of Drugs in China (Chicago: University of Chicago Press, 2004), 42–46; David T. Courtwright, Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001), 32–36.
Вернуться

403

Dikötter, Laaman, Xun, Narcotic Culture, 46; Liping Zhu, A Chinaman’s Chance: The Chinese on the Rocky Mountain Mining Frontier (Niwot:

University of Colorado, 1997), 19.
Вернуться

404

Gordon H. Chang, Shelley Fisher Fishkin, eds., The Chinese and the Iron Road: Building the Transcontinental Railroad (Palo Alto, CA: Stanford University Press, 2019); Manu Karuka, Empire's Tracks: Indigenous Nations, Chinese Workers, and the Transcontinental Railroad (Oakland: University of California Press, 2019); Zhu, Chinaman's Chance, 24–25.
Вернуться

405

Courtwright, Forces of Habit, 135–136; David T. Courtwright, Herman Joseph, Don Des Jarlais, Addicts Who Survived: An Oral History of Narcotic Use in America before 1965 (Knoxville: University of Tennessee Press, 2012), 207.
Вернуться

406

David T. Courtwright, Dark Paradise: A History of Opiate Addiction in America (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001), 66; Joseph Michael Gabriel, "Gods and Monsters: Drugs, Addiction, and the Origin of Narcotic Control in the Nineteenth-Century Urban North" (PhD diss., Rutgers University, 2006), 380–385; John Helmer and Thomas Vietorisz, Drug Use, the Labor Market and Class Conflict (Washington, DC: Drug Abuse Council, 1974), 10–13, https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED108098.pdf.
Вернуться

407

German Lopez, “The Single Biggest Reason America Is Failing in Its Response to the Opioid Epidemic,” Vox, December 18, 2017, https://www.vox.com/science-and-health/2017/12/18/16635910/opioid-epidemic-lessons. Также часто цитируется Национальное исследование употребления наркотиков и здоровья (NSDUH), в частности таблица 7.67B (в которое объединены несколько категорий), в подтверждение того, что стигматизация является основной причиной, по которой люди с расстройством употребления психоактивных веществ не обращаются за помощью, однако это спорный момент. Подробное обсуждение этого вопроса см. в Jason Schwartz, “Reasons for Not Receiving Substance Use Treatment,” Recovery Review (блог), September 14, 2020, https://recoveryreview.blog/2020/09/14/reasons-for-not-receiving-substance-use-treatment/; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health (Washington, DC: Department of Health and Human Services, 2020), table 7.67B, https://www.samhsa.gov/data/report/2019-nsduh-annual-national-report.

Вернуться

408

Virginia Berridge, Opium and the People, rev. ed. (New York: Free Association Books, 1999), 200–202.

Вернуться

409

Вот одна из таких историй: J. J. Acheson, “A Night in an Opium Den,” Centennial Magazine, April 1890, 668, https://www.google.com/books/edition/The_Centennial_Magazine/H7ICAAAAIAAJ. О чайна-таунах как главном объекте страха перед китайцами см. H. Wayne Morgan, Drugs in America: A Social History, 1800–1980 (Syracuse, NY: Syracuse University Press), 7, 33–35; Courtwright, Forces of Habit, 32–33, 135–136, 177; Timothy A. Hickman, The Secret Leprosy of Modern Days: Narcotic Addiction and Cultural

Crisis in the United States, 1870–1920 (Amherst: University of Massachusetts Press, 2007), 29, 61; Doris Marie Provine, Unequal Under Law: Race in the War on Drugs (Chicago: University of Chicago Press, 2007), loc. 964 of 2874.

Вернуться

410

Berridge, Opium and the People, 196–197; Virginia Berridge, Demons: Our Changing Attitudes to Alcohol, Tobacco, and Drugs (New York: Oxford University Press, 2013), 82. Другие относящиеся к тому времени примеры разлагающего влияния опиума можно найти в некоторых рассказах о Шерлоке Холмсе и романе Оскара Уайльда «Портрет Дориана Грея».

Вернуться

411

Arnold Jaffe, Addiction Reform in the Progressive Age: Scientific and Social Responses to Drug Dependence in the United States, 1870–1930 (Lexington: University of Kentucky Press, 1976), 46–79.

Вернуться

412

Sarah W. Tracy, Alcoholism in America: From Reconstruction to Prohibition (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2005), 20, 68; Michael B. Katz, The Undeserving Poor: America’s Enduring Confrontation with Poverty (New York: Oxford University, 2013); Alice O’Connor, Poverty Knowledge: Social Science, Social Policy and the Poor in Twentieth-Century U. S. History (Princeton, NJ: Princeton University Press, 2001).

Вернуться

413

Morgan, Drugs in America, 7–8.
Вернуться

414

William Rosser Cobbe, Doctor Judas: A Portrayal of the Opium Habit (Chicago, 1895), 125, 133.
Вернуться

415

David Herzberg, White Market Drugs: Big Pharma and the Hidden History of Addiction in America (Chicago: University of Chicago Press, 2020), 17.
Вернуться

416

William White, “Addiction as a Disease: Birth of a Concept,” Counselor 1, no. 1 (2000): 46–51, 73, http://www.williamwhitepapers.com/pr/2000HistoryoftheDiseaseConceptSeries.pdf; Hickman, Secret Leprosy.
Вернуться

417

Herzberg, White Market Drugs, 20–21, 32–34.
Вернуться

418

Morgan, Drugs in America, 92–93.
Вернуться

419

Joseph F. Spillane, Cocaine: From Medical Marvel to Modern Menace in the United States, 1884–1920 (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2000), 18–19, 32, 43–44.
Вернуться

420

Importation and Use of Opium: Hearings Before the Committee on Ways and Means of the House of Representatives on H. R. 25240, H. R. 25241, H. R. 25242, and H. R. 28971, 61st Cong. 72 (1911) (заявление д-ра Кристофера Коха, вице-президента Государственной фармацевтической комиссии Пенсильвании).
Вернуться

421

Edward Huntington Williams, “The Drug-Habit Menace in the South,” Medical Record 85, no. 6 (February 1914): 247–249, https://www.google.com/books/edition/Medical_Record/e20cAQAAMAAJ.
Вернуться

422

David F. Musto, The American Disease: Origins of Narcotic Control, 3rd ed. (New York: Oxford University Press, 1999), 7.
Вернуться

423

Gabriel, “Gods and Monsters,” 438–446; Spillane, Cocaine, 32–34, 91–94; Hickman, Secret Leprosy, 72.

Вернуться

424

Gabriel, “Gods and Monsters,” 480. См. также Spillane, Cocaine, 119–121; Musto, American Disease, 5–8; Courtwright, Dark Paradise, 96–98; David Courtwright, “The Hidden Epidemic: Opiate Addiction and Cocaine in the South, 1860–1920,” Journal of Southern History 49, no. 1 (February 1983): 69–71, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11614816.

Вернуться

425

“Negro Cocaine Evil,” New York Times, March 20, 1905, https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1905/03/20/223718772.pdf.

Вернуться

426

S. Doc No. 61–377, at 48 (1910), https://books.google.com/books?id=L_NGAQAAIAAJ; Richard DeGrandpre, The Cult of Pharmacology (Durham, NC: Duke University Press, 2006), 132.

Вернуться

427

David Musto, “Introduction: The Origins of Heroin,” в кн. One Hundred Years of Heroin, ed. David Musto, Pamela Korsmeyer, and Thomas W. Maulucci Jr. (Westport, CT: Greenwood, 2002), xiii–xv. Героин стал первым полусинтетическим опиоидом, получившим широкое распространение. Он состоит из молекулы морфина и двух ацетильных

групп, которые присоединяются к ней, усиливая и ускоряя ее воздействие, отсюда и химическое название – диацетилморфин.

Вернуться

428

David Courtwright, “The Roads to H: The Emergence of the American Heroin Complex, 1898–1956,” в кн. Musto, Korsmeyer, and Maulucci, One Hundred Years of Heroin, 7–8.

Вернуться

429

Herzberg, White Market Drugs, 17–18; David Herzberg, “Entitled to Addiction? Pharmaceuticals, Race, and America’s First Drug War,” Bulletin of the History of Medicine 91, no. 3 (Fall 2017): 586–623, https://doi.org/10.1353/bhm.2017.0061.

Вернуться

430

Berridge, Demons, 71.

Вернуться

431

Бет Мейси, интервью с Крисом Хейвзом: “On the Frontlines of Opioid Addiction with Beth Macy,” NBC News, February 11, 2020, https://www.nbcnews.com/think/opinion/frontlines-opioid-addiction-beth-macy-podcast-transcript-ncna1132471; Matthew D. Lassiter, “Impossible Criminals: The Suburban Imperatives of America’s War on Drugs,” Journal of American History 102, no. 1 (June 2015): 126–140, https://doi.org/10.1093/jahist/jav243.

Вернуться

432

Harry Hubbell Kane, Opium-Smoking in America and China: A Study […] (New York, 1882), 68, https://books.google.com/books?id=sDsZAAAAYAAJ.

Вернуться

433

Loren Siegel, “The Pregnancy Police,” в кн. Craig Reinarman and Harry G. Levine, eds., Crack in America: Demon Drugs and Social Justice (Berkeley: University of California Press, 1997), 249–260; “Mother Sentenced for Giving Babies Cocaine,” UPI, August 25, 1989, https://www.upi.com/Archives/1989/08/25/Mother-sentenced-for-giving-babies-cocaine/5274620020800/. Позднее приговор отменили: Tamar Lewin, “Mother Cleared of Passing Drug to Babies,” New York Times, July 24, 1992, https://www.nytimes.com/1992/07/24/news/mother-cleared-of-passing-drug-to-babies.html. Сейчас она защищает права беременных женщин: “NAPW Activist Update: A New President, a New Day – New York,” National Advocates for Pregnant Women (website), January 22, 2021, http://www.nationaladvocatesforpregnantwomen.org/napw-activist-update-a-new-president-a-new-day/.

Вернуться

434

Charles Krauthammer, “Children of Cocaine,” Washington Post, July 30, 1989, https://www.washingtonpost.com/archive/opinions/1989/07/30/children-of-cocaine/41a8b4db-dee2–4906-a686-a8a5720bf52a/. Об одном важном научном открытии и обсуждении исходных исследовательских отчетов о «крэковых младенцах», см. Gale A. Richardson, Mary L. Conroy, Nancy L. Day, “Prenatal Cocaine Exposure: Effects on the Development of School-Age Children,” Neurotoxicology and Teratology 18, no. 6

(November–December 1996): 627–634, https://doi.org/10.1016/S0892–0362(96)00121–3.

Вернуться

435

Berridge, Demons, 64.

Вернуться

436

Francis Galton, “Of the Causes Which Operate to Create Scientific Men,” Fortnightly Review, March 1, 1873, 351, https://www.google.com/books/edition/The_Fortnightly_Review/MB4_AQAAMAAJ. Подробнее о дегенерации см. William L. White, Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, 2nd ed. (Chicago: Lighthouse Institute, 2014), 120. Идея устарела, поскольку больше соответствовала идеям Ламарка, а не Дарвина.

Вернуться

437

Andrew Scull, Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine (Princeton, NJ: Princeton University Press, 2015), 243; Marcus Boon, The Road of Excess: A History of Writers on Drugs (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005), 50.

Вернуться

438

Susan Zieger, Inventing the Addict (Amherst, MA: University of Massachusetts Press, 2008), 207–208.

Вернуться

439

Stephen D. Arata, “The Sedulous Ape: Atavism, Professionalism, and Stevenson’s Jekyll and Hyde,” Criticism 37, no. 2 (Spring 1995): 233–259, https://www.jstor.org/stable/23116549.

Вернуться

440

Berridge, Opium and the People, 157.

Вернуться

441

Alonzo Calkins, Opium and the Opium-Appetite […] (Philadelphia, 1876), 20, https://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID=nlm: nlmuid-66640160R-bk.

Вернуться

442

Jim Baumohl and Robin Room, “Inebriety, Doctors, and the State: Alcoholism Treatment Institutions before 1940,” в кн. Recent Developments in Alcoholism, vol. 5, ed. Marc Galanter (New York: Springer, 1987), 144–160.

Вернуться

443

White, Slaying the Dragon, 121.

Вернуться

444

Frederick Ward Kates, “Charles Henry Brent: Ambassador of Christ,” Trinity College School Record, October 1946, 4–6.
Вернуться

445

United Nations Office on Drugs and Crime, Shanghai Opium Commission (January 1, 1959), https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1959–01–01_1_page006.html.
Вернуться

446

J. M. Scott, The White Poppy: The History of Opium (New York: Funk & Wagnalls, 1969), цит. по William White, “The Early Criminalization of Narcotics Addiction,” Selected Papers of William L. White, 2014, http://www.williamwhitepapers.com/pr/dlm_uploads/The-Early-Criminalization-of-Narcotic-Addiction.pdf.
Вернуться

447

Courtwright, Dark Paradise, 28. Дело не терпело отлагательств: реформаторы чувствовали, что США должны ввести у себя строгие запретительные законы, чтобы занять лидирующую позицию во всемирном движении против наркотиков.
Вернуться

448

S. Doc No. 61–377, at 47 (1910).
Вернуться

449

Edward Marshall, “Uncle Sam Is the Worst Drug Fiend in the World,” New York Times, March 12, 1911, https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1911/03/12/104858335.pdf.

Вернуться

450

David T. Courtwright, Herman Joseph, and Don Des Jarlais, Addicts Who Survived: An Oral History of Narcotic Use in America before 1965 (Knoxville: University of Tennessee Press, 2012), 7–10; Musto, American Disease, 6, 54–69.

Вернуться

451

Scott D. Seligman, Three Tough Chinamen (Hong Kong: Earnshaw Books, 2012). В иммиграционном деле он предложил отдать сумку с ювелирными украшениями на сумму 6000 долларов, однако ее не приняли: “On Charge of Smuggling,” Bemidji Daily Pioneer, May 4, 1911, https://chroniclingamerica.loc.gov/lccn/sn86063381/1911–05–04/ed-1/seq-1/.

Вернуться

452

Jin Fuey Moy v. United States, 254 U. S. 189 (1920).

Вернуться

453

Edward M. Brecher and the Editors of Consumer Reports Magazine, The Consumers Union Report on Licit and Illicit Drugs (New York: Consumers

Union, 1972), гл. 8, http://www.druglibrary.net/schaffer/Library/studies/cu/cu8.html.
Вернуться

454

Herzberg, White Market Drugs, 37.
Вернуться

455

United States v. Jin Fuey Moy, 241 U. S. 394 (1916). См. также O. Hayden Griffin, “The Role of the United States Supreme Court in Shaping Federal Drug Policy,” American Journal of Criminal Justice 39, no. 3 (September 2014): 660–679, http://doi.org/10.1007/s12103–013–9224–4.
Вернуться

456

Elizabeth Tilton diaries, June 26, 1928, Reel 993, Papers of Elizabeth Tilton, 1914–1949, Schlesinger Library, Radcliffe Institute, Cambridge, MA, цит. по Lisa McGirr, The War on Alcohol: Prohibition and the Rise of the American State (New York: W. W. Norton, 2015), гл. 6. Также см. Susan L. Speaker, “Demons for the Twentieth Century,” in Altering American Consciousness, ed. Sarah W. Tracy, Caroline Jean Acker (Amherst, MA: University of Massachusetts Press, 2004), 203–224.
Вернуться

457

Richard Stivers, A Hair of the Dog: Irish Drinking and American Stereotype (University Park: Pennsylvania State University Press, 1976).
Вернуться

458

Lisa McGirr, “How Prohibition Fueled the Klan,” New York Times, January 16, 2019, https://www.nytimes.com/2019/01/16/opinion/prohibition-immigration-klan.html.

Вернуться

459

John M. Barry, The Great Influenza: The Story of the Deadliest Pandemic in History (New York: Random House, 2005). See also John M. Barry, “1918 Revisited: Lessons and Suggestions for Further Inquiry,” in The Threat of Pandemic Influenza: Are We Ready? ed. S. L. Nobler et al. (Washington, DC: National Academies Press, 2005), https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22148/#_a2000c209ddd00079_.

Вернуться

460

Musto, American Disease, 134. О сухом законе как этапе становления современного карательного государства см. McGirr, War on Alcohol.

Вернуться

461

Herzberg, White Market Drugs, 40.

Вернуться

462

Berridge, Demons, 130–134.

Вернуться

463

Webb et al. v. United States, 249 U. S. 96 (1919).
Вернуться

464

Seligman, Three Tough Chinamen, 201.
Вернуться

465

David J. Hanson, “Was Prohibition Really a Success? You Be the Judge,” Alcohol Problems and Solutions, accessed February 27, 2021, https://www.alcoholproblemsandsolutions.org/was-prohibition-really-a-success-you-be-the-judge/.
Вернуться

466

David Courtwright, The Age of Addiction: How Bad Habits Became Big Business (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2019), 107–119.
Вернуться

467

Harry C. A. Damm, dispatch to Department of State, May 7, 1926, in Drugs in the Western Hemisphere: An Odyssey of Cultures in Conflict, ed. William O. Walker (Wilmington, DE: Scholarly Resources, 1996), 59–60, https://books.google.com/books/about/Drugs_in_the_Western_Hemisphere.html?id=Rkk50NzEdmEC.
Вернуться

468

Jill Jonnes, Hep-Cats, Narcs, and Pipe Dreams: A History of America's Romance with Illegal Drugs (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999), 49.

Вернуться

469

Richard Cowan, "How the Narcs Created Crack: A War against Ourselves," National Review, December 5, 1986, 26.

Вернуться

470

Leo Beletsky and Corey S. Davis, "Today's Fentanyl Crisis: Prohibition's Iron Law Revisited," International Journal of Drug Policy 46 (2017): 1–5, https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.050.

Вернуться

471

David T. Courtwright, "A Century of American Narcotic Policy," в кн. Treating Drug Problems, vol. 2, ed. D. R. Gerstein and H. J. Harwood (Washington, DC: National Academies Press, 1992), 1–62, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234755/.

Вернуться

472

Musto, American Disease, 143.

Вернуться

473

Morgan, Drugs in America, 107–111.
Вернуться

474

Courtwright, Dark Paradise, 123, 251.
Вернуться

475

Courtwright, “Century of American Narcotic Policy,” 10.
Вернуться

476

Herzberg, “Entitled to Addiction?” 593–598.
Вернуться

477

Henry Smith Williams, Drug Addicts Are Human Beings: The Story of Our Billion-Dollar Racket (Washington, DC: Shaw, 1938), 88, https://archive.org/details/DrugAddictsAreHumanBeingsTheStoryOfOurBillion-dollarDrugRacketHow_485.
Вернуться

478

United States v. Berhman, 258 U. S. 280 (1922).
Вернуться

479

Linder v. United States, 268 U. S. 5 (1925), at 6.
Вернуться

480

Musto, American Disease, 137; Tracy, Alcoholism in America, 25.
Вернуться

481

“Proceedings of the New Orleans Session: Minutes of the Seventy-First Annual Session of the American Medical Association, Held at New Orleans, April 26–30, 1920,” JAMA 74, no. 19 (May 1920): 1317–1328, http://doi.org/10.1001/jama.1920.02620190023014; Alfred C. Prentice, “The Problem of the Narcotic Drug Addict,” JAMA 76, no. 23 (June 1921): 1553, http://doi.org/10.1001/jama.1921.02630230013002; Caroline Jean Acker, “From All Purpose Anodyne to Marker of Deviance: Physicians’ Attitudes towards Opiates in the US from 1890 to 1940,” в кн. Drugs and Narcotics in History, ed. Roy Porter and Mikulás Teich (New York: Cambridge University Press, 1995), 124.
Вернуться

482

Charles E. Terry and Mildred Pellens, The Opium Problem (New York: Committee on Drug Addictions, 1928), 928, https://catalog.hathitrust.org/Record/001133723. См. также Caroline Acker, Creating the American Junkie: Addiction Research in the Classic Era of Narcotic Control (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002), 54.
Вернуться

483

Winifred Black and Fremont Older, Dope: The Story of the Living Dead (New York: J. J. Little & Ives, 1928), 48.
Вернуться

484

Doctor Springwater, The Cold-Water-Man; or, a Pocket Companion for the Temperate (Albany, 1832), 22, https://www.google.com/books/edition/The_Cold_water_man/BNAXAAAAYAAJ.
Вернуться

485

Helena Hansen, “Racism and the Opioid Crisis (a Clinical Perspective)” (presentation, National Academy of Medicine’s Opioid Collaborative Virtual Town Hall on Health Equity, Tuesday, July 21, 2020).
Вернуться

486

Speaker, “Demons for the Twentieth Century,” 203–224.
Вернуться

487

Beth Macy, Dopesick: Dealers, Doctors, and the Drug Company That Addicted America (New York: Little, Brown, 2018), 25; Wilbert L. Cooper, “Scrape or Die,” Vice, December 26, 2013, https://www.vice.com/en/article/ppmdbg/scrap-or-die-0000117-v20n10; Courtwright, Dark Paradise, 110.
Вернуться

488

Sally Brown and David R. Brown, A Biography of Mrs. Marty Mann: The First Lady of Alcoholics Anonymous (Center City, MN: Hazelden, 2011), 80–90.
Вернуться

489

Brown and Brown, Mrs. Marty Mann, 100–105.
Вернуться

490

William H. Schaberg, Writing the Big Book (Las Vegas: Central Recovery Press, 2019), 127, Kindle. Согласно официальной позиции AA, «Большая книга» была совместным групповым проектом, однако последние исследования показали, что автором ключевых идей и фрагментов являлся сам Билл Уилсон.
Вернуться

491

Matthew J. Raphael, Bill W. and Mr. Wilson: The Legend and Life of A. A.'s Cofounder (Amherst: University of Massachusetts Press, 2000), 57.
Вернуться

492

Alcoholics Anonymous, "Pass It On": The Story of Bill Wilson and How the A. A. Message Reached the World (New York: Alcoholics Anonymous World Services, 1984), 100–111.
Вернуться

493

Alcoholics Anonymous, “Pass It On,” 106.
Вернуться

494

Ernest Kurtz, Not God: A History of Alcoholics Anonymous (Center City, MN: Hazelden Educational Materials, 1979), 14.
Вернуться

495

Kurtz, Not God, 14–15; William L. White, Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, 2nd ed. (Chicago: Lighthouse Institute, 2014), 117.
Вернуться

496

“Emil von Berhing Facts,” The Nobel Prize (website), last updated 2021, https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1901/behring/facts/. О лекарстве от сифилиса: K. J. Williams, “The Introduction of ‘Chemotherapy’ Using Arsphenamine – the First Magic Bullet,” Journal of the Royal Society of Medicine 102, no. 8 (August 2009): 343–348, https://doi.org/10.1258/jrsm.2009.09k036.
Вернуться

497

Цит. по White, Slaying the Dragon, 126; David T. Courtwright, Dark Paradise: A History of Opiate Addiction in America (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001), 128–129.
Вернуться

498

Nancy D. Campbell, Discovering Addiction: The Science and Politics of Substance Abuse Research (Ann Arbor: University of Michigan Press, 2007), 18.

Вернуться

499

Christopher M. Finan, Drunks: An American History (Boston: Beacon Press, 2017), 110–113; White, Slaying the Dragon, 68–87.

Вернуться

500

White, Slaying the Dragon, 116.

Вернуться

501

Robert Thomsen, Bill W.: The Absorbing and Deeply Moving Life Story of Bill Wilson, Co-Founder of Alcoholics Anonymous (Carter City, MN: Hazelden, 1975), гл. 6, Kindle.

Вернуться

502

Alcoholics Anonymous, 4th ed. (New York: Alcoholics Anonymous World Services, 2001), 9, https://www.aa.org/pages/en_US/alcoholics-anonymous.

Вернуться

503

Alcoholics Anonymous, “Pass It On,” 120–121.

Вернуться

504

Kurtz, Not God, 15–16; White, Slaying the Dragon, 117.
Вернуться

505

William James, The Varieties of Religious Experience (New York: Modern Library, 1929), 263, https://books.google.com/books?id=Qi4XAAAAIAAJ.
Вернуться

506

Цитаты из «Многообразия религиозного опыта» приводятся здесь в пер. В. Г. Малахиевой-Мирович и М. В. Шика.
Вернуться

507

James, Varieties of Religious Experience, 22.
Вернуться

508

James, Varieties of Religious Experience, 53.
Вернуться

509

White, Slaying the Dragon, 172–173.
Вернуться

510

Kurtz, Not God, 199.
Вернуться

511

Kurtz, Not God, 179. See also White, Slaying the Dragon, 193–194.
Вернуться

512

Michelle L. McClellan, Lady Lushes: Gender, Alcoholism, and Medicine in Modern America (New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2017), 1–26.
Вернуться

513

Schaberg, Writing the Big Book, гл. 18.
Вернуться

514

англ. “Under every skirt there’s a slip”: McClellan, Lady Lushes, 80.
Вернуться

515

White, Slaying the Dragon, 208.
Вернуться

516

“2014 A. A. Membership Survey Reveals Current Trends,” About AA: A Newsletter for Professionals, Fall 2015, https://www.aa.org/newsletters/en_US/f-13_fall15.pdf.
Вернуться

517

White, Slaying the Dragon, 478–479. See also Finan, Drunks, 254–255.
Вернуться

518

McClellan, Lady Lushes, 76.
Вернуться

519

Brown and Brown, Mrs. Marty Mann, 112.
Вернуться

520

John F. Kelly, Keith Humphreys, Marica Ferri, “Alcoholics Anonymous and Other 12-Step Programs for Alcohol Use Disorder,” Cochrane Database of Systematic Reviews, no. 3 (2020), CD012880, https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2.

Вернуться

521

Alcoholics Anonymous, 206.
Вернуться

522

Brown and Brown, Mrs. Marty Mann, 128.
Вернуться

523

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health (Washington, DC: Department of Health and Human Services, 2020), 54; Hanna Pickard, “Denial in Addiction,” Mind & Language 31, no. 3 (June 2016): 277–299, https://doi.org/10.1111/mila.12106.
Вернуться

524

Shannon C. Miller et al., The ASAM Principles of Addiction Medicine, 6th ed. (Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019). В руководстве «APA Textbook of Substance Abuse Treatment (5th ed.)» написано чуть больше: отрицание встречается на 26 из 960 страниц, однако ему не посвящено отдельного раздела, и оно появляется лишь в виде случайных упоминаний, разбросанных по всей книге. Marc Galanter, Herbert D. Kleber, and Kathleen T. Brady, The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment, 5th ed. (Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2015).
Вернуться

525

Robert Trivers, Deceit and Self-Deception: Fooling Yourself the Better to Fool Others (New York: Penguin, 2011).

Вернуться

526

Brown and Brown, Mrs. Marty Mann, 138–151.

Вернуться

527

Jack Alexander, “Alcoholics Anonymous,” Saturday Evening Post, March 1, 1941, https://aa-show-low-az.tripod.com/webonmediacontents/AA_Jack_Alexander.html; Kurtz, Not God, 100–101, 113.

Вернуться

528

Kurtz, Not God, 112.

Вернуться

529

Alcoholics Anonymous, 160. В книге упоминается о том, что группа начала устраивать «неформальные собрания и встречи раз в неделю». Более подробное обсуждение см. в кн. Keith Humphrey, “An International Tour of Addiction-Related Mutual-Help Organizations,” in Circles of Recovery (New York: Cambridge University Press, 2004), 33–93.

Вернуться

530

Bruce Holley Johnson, “The Alcoholism Movement in America: A Study in Cultural Innovation” (PhD diss., University of Illinois at Urbana—Champaign, 1973), 266–268. См. также White, Slaying the Dragon, 242–44.

Вернуться

531

Keith Humphreys, “Definitions, Scope, and Origin of the Health-Related Self-Help Group Movement,” в кн. Circles of Recovery, 1–32; а также Virginia Berridge, Demons: Our Changing Attitudes to Alcohol, Tobacco, and Drugs (New York: Oxford University Press, 2013), 165.

Вернуться

532

Brown and Brown, Mrs. Marty Mann, 34–35, 166. Об общественном здравоохранении в целом: Paul Starr, The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry (New York: Basic Books, 1982), 191; Sigard Adolphus Knopf, A History of the National Tuberculosis Association: The Anti-Tuberculosis Movement in the United States (New York: National Tuberculosis Association, 1922), https://books.google.com/books?id=ldw9MrxLjUIC.

Вернуться

533

Johnson, “Alcoholism Movement,” 103.

Вернуться

534

Research Council on Problems of Alcohol, Scientific Committee Minutes, January 10, 1940, Lane Medical Archives, цит. по Ron Roizen, “The American Discovery of Alcoholism, 1933–1939” (PhD diss., University of California, Berkeley, 1991), гл. 8. См. также Johnson, “Alcoholism Movement,” 249.

Вернуться

535

Dwight Anderson, “Alcohol and Public Opinion,” Quarterly Journal of Studies on Alcohol 3, no. 3 (September 1942): 376–392.

Вернуться

536

Judith H. Ward et al., “Re-Introducing Bunky at 125: E. M. Jellinek’s Life and Contributions to Alcohol Studies,” Journal of Studies on Alcohol and Drugs 77, no. 3 (May 2016): 375–383, https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.375. См. также Ron Roizen, “E. M. Jellinek and All That!” (H. Thomas Austern Lecture, ABMRF/ The Foundation for Alcohol Research Annual Meeting, San Francisco, October 20–26, 2000), http://www.roizen.com/ron/jellinek-pres.htm; а также Judith H. Ward, “E. M. Jellinek: The Hungarian Connection” (доклад на конференции 36th Annual Substance Abuse Librarians and Information Specialists Conference, New Brunswick, NJ, May 1, 2014), https://www.researchgate.net/publication/281906726_E_M_Jellinek_The_Hungarian_connection.

Вернуться

537

“Medicine: Help for Drunkards,” Time, October 23, 1944, http://content.time.com/time/subscriber/article/0,33009,932497,00.html; Marty Mann, October 2, 1944 пресс-конференция в отеле «Билтмор», Нью-Йорк, цитируется в кн. Joe Miller, US of AA: How the Twelve Steps

Hijacked the Science of Alcoholism (Chicago: Chicago Review Press, 2019), 44.
Вернуться

538

Johnson, “Alcoholism Movement,” 272.
Вернуться

539

Brown and Brown, Mrs. Marty Mann, 172; Johnson, “Alcoholism Movement,” 273.
Вернуться

540

White, Slaying the Dragon, 232–258.
Вернуться

541

Johnson, “Alcoholism Movement,” 287, количество членов AA цитируется по источнику World Directory, который ежегодной публикуется штаб-квартирой организации General Service Office of Alcoholics Anonymous, Inc.
Вернуться

542

White, Slaying the Dragon 180–204; Kurtz, Not God, 112–116.
Вернуться

543

Johnson, “Alcoholism Movement,” 262–264, об их дружбе см. также White, Slaying the Dragon, 245.

Вернуться

544

“Reports of Officers,” JAMA 162, no. 8 (October 1956): 750, https://doi.org/10.1001/jama.1956.02970250048013.

Вернуться

545

American Hospital Association, “Statement on Admission to the General Hospital of Patients with Alcohol and Other Drug Problems (Approved by the American Hospital Association September 29 – October 2, 1957),” в кн. Hearings Before the Subcommittee on Public Health and Welfare of the Committee on Interstate and Foreign Commerce House of Representatives on H. R. 18874, H. R. 2707, H. R. 17788 and S. 3835, 91st Cong. 77 (1970), at 437–438, https://www.google.com/books/edition/Hearings_Reports_and_Prints_of_the_House/Xug1AAAAIAAJ.

Вернуться

546

Robin Room, “Alcoholism and Alcoholics Anonymous in U. S. Films, 1945–1962: The Party Ends for the ‘Wet Generations,’” Journal of Studies on Alcohol and Drugs 50, no. 4 (July 1989): 368–383, https://doi.org/10.15288/jsa.1989.50.368.

Вернуться

547

Charles Jackson, The Lost Weekend (New York: Vintage, 2013), 224. См. подробное обсуждение Чарльза Джексона в кн. Leslie Jamison. The Recovering: Intoxication and Its Aftermath (New York: Hachette, 2018).
Вернуться

548

Kurtz, Not God, 120; Brown and Brown, Mrs. Marty Mann, 177.
Вернуться

549

Johnson, “Alcoholism Movement,” 286.
Вернуться

550

Kurtz, Not God, 121; White, Slaying the Dragon, 203–207.
Вернуться

551

Stanton Peele, Diseasing of America: How We Allowed Recovery Zealots and the Treatment Industry to Convince Us We Are Out of Control (New York: Lexington Books, 1995), 45; White, Slaying the Dragon, 246–248.
Вернуться

552

H. R. Rep. No. 89–395, at 7 (1966) (Message from the President of the United States).
Вернуться

553

Comprehensive Alcohol Abuse and Alcoholism Prevention, Treatment, and Rehabilitation Act of 1970, Pub. L. No. 91–616, 84 Stat. 1848, https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-84/pdf/STATUTE-84-Pg1848.pdf. См. также Nancy Olson, “Problems in the House,” в кн. With a Lot of Help from Our Friends: The Politics of Alcoholism (Lincoln, NE: Writers Club Press, 2003), 84–93; White, Slaying the Dragon, 378.

Вернуться

554

Marty Mann, “America’s 150-Year War: Alcohol vs. Alcoholism,” Alcohol Health and Research World 1, no. 1 (Spring 1973): 57, https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc1.c069821021&view=1up&seq=13.

Вернуться

555

Roizen, “American Discovery of Alcoholism,” гл. 6, http://www.roizen.com/ron/dissch6.htm; J. A. Waddell, H. B. Haag, Alcohol in Moderation and Excess: A Study of the Effects of the Use of Alcohol on the Human System, 3rd ed. (Richmond, VA: William Byrd Press, 1940), https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=coo.31924003194986&view=1up&seq=7.

Вернуться

556

Roizen, “American Discovery of Alcoholism,” гл. 8.

Вернуться

557

John C. Burnham, Bad Habits: Drinking, Smoking, Taking Drugs, Gambling, Sexual Misbehavior, and Swearing in American History (New York: New York University Press, 1993).

Вернуться

558

Томас Маккарти, президент Licensed Beverage Industries, Inc., 1947, цит. по Burnham, Bad Habits, 83.

Вернуться

559

Randolph W. Childs, Making Repeal Work (Philadelphia: Pennsylvania Alcoholic Beverage Study, Inc., 1947), 256, цит. по Burnham, Bad Habits, 82.

Вернуться

560

Thomas F. Babor et al., Alcohol: No Ordinary Commodity, 2nd ed. (New York: Oxford University Press, 2010), обзор целого ряда источников. См. также Gerhard Gmel et al., “Revising the Preventative Paradox: The Swiss Case,” Addiction 96, no. 2 (February 2001): 273–284, https://doi.org/10.1046/j.1360–0443.2001.96227311.x; Ingeborg Rossow, Anders Romelsjö, “The Extent of the ‘Prevention Paradox’ in Alcohol Problems as a Function of Population Drinking Patterns,” Addiction 101, no. 1 (January 2006): 84–90, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.2005.01294.x.

Вернуться

561

Aveek Bhattacharya et al., “How Dependent Is the Alcohol Industry on Heavy Drinking in England?” Addiction 113, no. 12 (December 2018): 2225–2232, https://doi.org/10.1111/add.14386; Sarah Boseley, “Problem Drinkers Account for Most of Alcohol Industry’s Sales, Figures Reveal,” Guardian, January 22, 2016, https://www.theguardian.com/society/2016/jan/22/problem-drinkers-alcohol-industry-most-sales-figures-reveal; The Public Health Burden of Alcohol and the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Alcohol Control Policies (London: Public Health England, 2016), https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/733108/alcohol_public_health_burden_evidence_review_update_2018.pdf. См. также Babor et al., Alcohol: No Ordinary Commodity.

Вернуться

562

Thomas F. Babor, “Alcohol Research and the Alcoholic Beverage Industry: Issues, Concerns and Conflicts of Interest,” Addiction 104, no. S1 (February 2009): 34–47, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.2008.02433.x.

Вернуться

563

Craig Reinarman, “The Social Construction of an Alcohol Problem,” Theory and Society 17, no. 1 (January 1, 1988): 91–120, https://doi.org/10.1007/BF00163727. См. также Burnham, Bad Habits, 81.

Вернуться

564

David H. Jernigan, “The Global Alcohol Industry: An Overview,” Addiction 104, no. S1 (February 2009): 6–12, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.2008.02430.x; Allied Market Research, Alcoholic Beverages Market […] Global Opportunity Analysis and Industry

Forecast, 2018–2025 (Portland, OR: Allied Market Research, 2018), https://www.alliedmarketresearch.com/alcoholic-beverages-market.

Вернуться

565

René I. Jahiel, Thomas F. Babor, “Industrial Epidemics, Public Health Advocacy and the Alcohol Industry: Lessons from Other Fields,” Addiction 102, no. 9 (September 2007): 1335–1339, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.2007.01900.x. Об открытии рынков Юго-Восточной Азии и Африки для алкоголя и аналогичных устремлениях глобальных производителей продуктов питания см. также David Courtwright, The Age of Addiction: How Bad Habits Became Big Business (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2019), 150, 190.

Вернуться

566

Øystein Bakke, Dag Endal, “Vested Interests in Addiction Research and Policy Alcohol Policies Out of Context: Drinks Industry Supplanting Government Role in Alcohol Policies in Sub-Saharan Africa,” Addiction 105, no. 1 (January 2010): 22–28, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.2009.02695.x.

Вернуться

567

Bakke and Endal, “Vested Interests in Addiction Research,” 26.

Вернуться

568

Sarah Milov, The Cigarette: A Political History (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2019); David T. Courtwright, Forces of Habit:

Drugs and the Making of the Modern World (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001), 114–122; Iris Mostegel, “The Original Influencer,” History Today, February 6, 2019, https://www.historytoday.com/miscellanies/original-influencer. Больше изображений в работе Wendy Christensen, “Torches of Freedom: Women and Smoking Propaganda,” Sociological Images (blog), February 27, 2012, https://thesocietypages.org/socimages/2012/02/27/torches-of-freedom-women-and-smoking-propaganda/.

Вернуться

569

David T. Courtwright, “Mr. ATOD’s Wild Ride: What Do Alcohol, Tobacco, and Other Drugs Have in Common?” Social History of Alcohol and Drugs 20, no. 1 (Fall 2005): 105–124, https://doi.org/10.1086/SHAD20010105.

Вернуться

570

Betty Ford, Chris Chase, Betty: A Glad Awakening (New York: Doubleday, 1987), 53–60. См. также White, Slaying the Dragon, 396–397. Следует отметить, что для многих феминистских авторов история Бетти не была вдохновляющей: они видели в ней историю домохозяйки, которая провалилась в выполнении «супружеских обязанностей», после чего была отдана в руки патерналистской системы лечения.

Вернуться

571

John Duka, “Elizabeth Taylor: Journal of a Recovery,” New York Times, February 4, 1985, https://www.nytimes.com/1985/02/04/style/elizabeth-taylor-journal-of-a-recovery.html.

Вернуться

572

White, Slaying the Dragon, 395.
Вернуться

573

Travis, Language of the Heart (Chapel Hill: University of North Carolina, 2009), 274.
Вернуться

574

Vince R. Miller, “The Twelve Steps: Meeting the Challenge of Our Success,” Recovering, January 1991, 1–9, цит. по Robin Room, “Healing Ourselves and Our Planet: The Emergence and Nature of a Generalized Twelve-Step Consciousness,” Contemporary Drug Problems 19 (Winter 1992): 717–740.
Вернуться

575

Brown and Brown, Mrs. Marty Mann, 217.
Вернуться

576

Stanton Peele, The Meaning of Addiction (San Francisco: Jossey-Bass, 1985), 28.
Вернуться

577

В «Большой книге» история Мэнн рассказывается в главе «Женщины тоже страдают» (Women Suffer Too).
Вернуться

578

Kurtz, Not God, 199.
Вернуться

579

Raphael, Bill W. and Mr. Wilson, 60.
Вернуться

580

Bill Wilson, lecture to the National Clergy Conference on Alcoholism, 1960, http://www.a-1associates.com/aa/LETS_ASK_BILL/wilsonstalktotheclergy.htm.
Вернуться

581

Marty Mann, New Primer on Alcoholism: How People Drink, How to Recognize Alcoholics, and What to Do about Them (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1958). См. в особенности гл. 2.
Вернуться

582

См., например, Nicholas J. Wareham and Stephen O'Rahilly, "The Changing Classification and Diagnosis of Diabetes: New Classification Is Based on Pathogenesis, Not Insulin Dependence," British Medical Journal 317, no. 7155 (August 1998): 359–360,

https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.317.7155.359; Steven H. Woolf and Stephen F. Rothemich, “New Diabetes Guidelines: A Closer Look at the Evidence,” American Family Physician 58, no. 6 (October 1998): 1287–1289, PMID: 9803186; Barbara Brooks-Worrell, Jerry P. Palmer, “Is Diabetes Mellitus a Continuous Spectrum?” Clinical Chemistry 57, no. 2 (February 2011): 158–61, https://doi.org/10.1373/clinchem.2010.148270.

Вернуться

583

Марти Мэнн, письмо Джулиану Армстронгу, 8 сентября 1945, цит. по Johnson, “Alcoholism Movement,” 289.

Вернуться

584

Mann, New Primer, 128–129.

Вернуться

585

Robin Room, Wayne D. Hall, “Frameworks for Understanding Drug Use and Societal Responses,” в кн. Drug Use in Australian Society, 2nd ed., ed. A. Ritter, T. King, and M. Hamilton (Sydney: Oxford University Press, 2017).

Вернуться

586

J. Morris et al., “Continuum Beliefs Are Associated with Higher Problem Recognition than Binary Beliefs among Harmful Drinkers without Addiction Experience,” Addictive Behaviors 105 (June 2020): 106292, https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106292.

Вернуться

587

William R. Miller et al., “What Predicts Relapse? Prospective Testing of Antecedent Models,” Addiction 91, no. S1 (August 1996): S155–172, PMID: 8997790.

Вернуться

588

Bernice A. Pescosolido et al., “ ‘A Disease Like Any Other’? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence,” American Journal of Psychiatry 167, no. 11 (November 2010): 1321–1330, https://dx.doi.org/10.1176%2Fappi.ajp.2010.09121743. См. также Emma E. McGinty and Colleen L. Barry, “Stigma Reduction to Combat the Addiction Crisis – Developing an Evidence Base,” New England Journal of Medicine 382, no. 14 (April 2020): 1291–1292, https://doi.org/10.1056/NEJMp2000227.

Вернуться

589

Кит Хэмфрис, в электронном письме к автору, 28 июля 2020 года. Относительно недавно некоммерческая организация по борьбе с зависимостью Shatterproof начала новую кампанию против стигматизации, гораздо более детализированную и в меньшей степени опирающуюся на понятие болезни: “Shatterproof Releases National Addiction Stigma Strategy as the COVID-19 Pandemic Continues to Worsen the Addiction Public Health Crisis,” Shatterproof, accessed February 27, 2021, https://www.shatterproof.org/press/shatterproof-releases-national-addiction-stigma-strategy-covid-19-pandemic-continues-worsen.

Вернуться

590

William Seabrook, Asylum (New York: Dover, 2015). Писатель Уилли Сибрук – яркий пример этого явления. “Willie Seabrook, Author, Is Suicide,” St. Petersburg Times, September 21, 1945.
Вернуться

591

William S. Burroughs, Junky, ed. Oliver Harris (New York: Penguin Classics, 2008), 30–33; Ted Morgan, Literary Outlaw: The Life and Times of William S. Burroughs (New York: W. W. Norton, 1988), 61, 251.
Вернуться

592

David T. Courtwright, “A Century of American Narcotic Policy,” в кн. Treating Drug Problems, vol. 2, ed. D. R. Gerstein and H. J. Harwood (Washington, DC: National Academies Press, 1992), 4–7.
Вернуться

593

Oliver Harris, “Editor’s Introduction,” в кн. Burroughs, Junky, xxii. Также о Горации см. William S. Burroughs Jr., Cursed from Birth, ed. David Ohle (Brooklyn: Soft Skull Press, 2006), 31–32.
Вернуться

594

Morgan, Literary Outlaw, 158; Burroughs, Junky, 62–64.
Вернуться

595

Nancy D. Campbell, James P. Olsen, and Luke Walden, The Narcotic Farm: The Rise and Fall of America's First Prison for Drug Addicts (Lexington: University of Kentucky Press, 2021), 35–50.
Вернуться

596

Burroughs, Junky, 69.
Вернуться

597

David T. Courtwright, Dark Paradise: A History of Opiate Addiction in America (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001), 132–133. See also David F. Musto, The American Disease: Origins of Narcotic Control, 3rd ed. (New York: Oxford University Press, 1999), 336; William L. White, Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, 2nd ed. (Chicago: Lighthouse Institute, 2014), 126.
Вернуться

598

Так, он доказал, что если извлечь сыворотку из крови человека с зависимостью и ввести ее мышам, это не защитит их от передозировки морфином.
Вернуться

599

"Dr. Lawrence Kolb, 6645 32nd Street, N. W., Washington, DC, April 24, 1963," Reminiscences of Lawrence Kolb, Oral History Archives at Columbia, Rare Book & Manuscript Library, Columbia University, New York, 7.
Вернуться

600

Courtwright, Dark Paradise, 130–131.
Вернуться

601

“Dr. Lawrence Kolb,” 23–25.
Вернуться

602

Lawrence Kolb, “Types and Characteristics of Drug Addicts,” Mental Hygiene 9, no. 2 (April 1925): 300–313, https://collections.nlm.nih.gov/ocr/nlm: nlmuid-2934112RX136-leaf; Caroline Acker, Creating the American Junkie: Addiction Research in the Classic Era of Narcotic Control (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002), 141.
Вернуться

603

William R. Miller, Alyssa A. Forcehimes, and Allen Zweben, Treating Addiction: A Guide for Professionals, 2nd ed. (New York: Guilford Press, 2019), 19. См. также Maia Szalavitz, Unbroken Brain (New York: Macmillan, 2016), гл. 5.
Вернуться

604

Acker, Creating the American Junkie, 135.
Вернуться

605

Konrad Banicki, “The Character-Personality Distinction: An Historical, Conceptual, and Functional Investigation,” Theory & Psychology 27, no. 1 (January 2017), https://doi.org/10.1177%2F0959354316684689.

Вернуться

606

Courtwright, Dark Paradise, 129.

Вернуться

607

Campbell, Olsen, and Walden, Narcotic Farm, 15, 52.

Вернуться

608

Former Inmate No. 34, “Dope Addicts, ‘America’s Untouchables,’ Described by Former Inmate of United States Narcotic Farm Here; Treatment Given at Government Institution Is Praised,” Lexington (KY) Herald, December 1, 1935, 1, 18, https://www.newspapers.com/image/681291015.

Вернуться

609

Nancy D. Campbell, Discovering Addiction: The Science and Politics of Substance Abuse Research (Ann Arbor: University of Michigan Press, 2007), 61, 65–68, 129.

Вернуться

610

Anslinger, William Tompkins, The Traffic in Narcotics (New York: Funk & Wagnalls, 1953), 279, https://www.druglibrary.org/schaffer/people/anslinger/traffic/traffic.htm.

Вернуться

611

John Burnett, “The Bath Riots: Indignity along the Mexican Border,” NPR, January 28, 2006, https://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=5176177.

Вернуться

612

H. Wayne Morgan, Drugs in America: A Social History, 1800–1980 (Syracuse, NY: Syracuse University Press, 1982), 138; см. также Richard J. Bonnie and Charles H. Whitebread, The Marijuana Conviction: A History of Marijuana Prohibition in the United States (Charlottesville: University Press of Virginia, 1974), 42; Doris Marie Provine, Unequal Under Law: Race in the War on Drugs (Chicago: University of Chicago Press, 2007), loc. 1153–1154 of 2874. Следует отметить, что, как подробно зафиксировал историк Айзек Кампос, движение против марихуаны не зародилось в США, а было импортировано из Мексики, где существовала давняя традиция демонизации курильщиков марихуаны: Isaac Campos, Home Grown: Marijuana and the Origins of Mexico’s War on Drugs (Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2012).

Вернуться

613

Bonnie and Whitebread, The Marijuana Conviction, 42, 100–117; Edward M. Brecher, “Marijuana Is Outlawed,” в кн. Brecher and the

Editors of Consumer Reports, The Consumers Union Report on Licit and Illicit Drugs (New York: Consumers Union, 1972), гл. 56.
Вернуться

614

Marcus Boon, The Road of Excess: A History of Writers on Drugs (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005), 157.
Вернуться

615

Louis J. Gasnier, dir., Reefer Madness, 1936, https://archive.org/details/reefer_madness1938.
Вернуться

616

Taxation of Marihuana: Hearings before the Committee on Ways and Means House of Representatives on H. R. 6385, 75th Cong. 952 (1937) (additional statement of H. J. Anslinger, commissioner of narcotics), at 29, https://books.google.com/books?id=2EjVAAAAMAAJ.
Вернуться

617

H. J. Anslinger, William Tompkins, The Traffic in Narcotics (New York: Funk & Wagnalls, 1953), 223. «Третью и самую многочисленную группу составляют психопаты. Именно они составляют большинство среди зависимого населения…»
Вернуться

618

Anslinger, Tompkins, Traffic in Narcotics, 170. См., к примеру: «Юного „наркомана“ следует извлечь из сообщества и изолировать, подвергнуть принудительному лечению. Добровольно он на это не пойдет».

Вернуться

619

Harry Anslinger, Kenneth W. Chapman, “Narcotic Addiction,’’ Modern Medicine 25 (1957), 182, цит. по Courtwright, “Century of American Narcotic Policy,” 14.

Вернуться

620

Anslinger, Tompkins, Traffic in Narcotics, 241.

Вернуться

621

Richmond Hobson, “The Struggle of Mankind against Its Deadliest Foe,” Narcotic Education 1, no. 4 (April 1928): 51–54. Подробнее о деятельности Колба Musto, American Disease, 190, 372; Lawrence Kolb, “Drug Addiction as a Public Health Problem,” Scientific Monthly 48, no. 5 (1939): 391–400; Courtwright, Dark Paradise, 132.

Вернуться

622

John C. Ball, Emily S. Cottrell, “Admissions of Narcotic Drug Addicts to Public Health Service Hospitals, 1935–1963,” Public Health Reports 80, no. 6 (June 1965): 471–475.

Вернуться

623

Courtwright, “Century of American Narcotic Policy,” 17.
Вернуться

624

Robert Felix, “Lawrence Kolb 1881–1972,” American Journal of Psychiatry 130, no. 6 (June 1973): 718–719, https://doi.org/10.1176/ajp.130.6.718.
Вернуться

625

Эдди Флауэрс, интеврью с J. P. Olsen, Luke Walden, Alexandria, VA, 2004, цит. по Campbell, Discovering Addiction, 129, описывается конец 1950 х.
Вернуться

626

Burroughs, Junky, 2; Morgan, Literary Outlaw, 61–62. О контркультурном переосмыслении слова “junkie”: Bruce K. Alexander, The Globalization of Addiction (New York: Oxford University Press, 2010), гл. 8.
Вернуться

627

Цитаты из «Джанки» У. Берроуза приводятся в пер. А. Керви и М. Смеляка.
Вернуться

628

Burroughs, Junky, 163. Любопытно отметить, что у Берроуза намешаны разные теории зависимости: аллергическая, метаболическая, эндокринная и т. п., а также ряд теоретических объяснений абстиненции. Так, он пишет, что ломка – это своего рода аллергия (Junky, 167), а также что наркотик меняет эндокринное равновесие в организме таким образом, что для нормального функционирования организму нужен наркотик (Junky, 165). Эта тема поднимается и в его последующих текстах. См. “Letter from a Master Addict to Dangerous Drugs,” Addiction 53, no. 2 (January 1957): 119–132, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.1957.tb05093.x, «Употребление морфина приводит к метаболической зависимости от морфина. Морфин становится биологической потребностью, так же как и вода, и человек может умереть, если его лишить доступа к морфину».

Вернуться

629

Burroughs, Junky, 122.

Вернуться

630

A. L. Tatum, M. H. Seevers, “Theories of Drug Addiction,” Physiological Reviews 11 (1931): 107–121.

Вернуться

631

Kolb, “Drug Addiction as a Public Health Problem,” 391–400. Колб в принципе не признавал зависимость от стимуляторов, а его взгляды на кокаиновую зависимость не вполне последовательны. Он описывал кокаин как «стимулятор, вызывающий зависимость», но позднее в

одной работе заявлял, что «кокаиновый наркоман… почти неизбежно переходит на опиум» и что все зависимости имеют естественную тенденцию переходить в опиоидные. Позднее эта позиция, а также реакция на нее производителей препаратов обсуждались в книге Nicolas Rasmussen, On Speed: From Benzedrine to Adderall (New York: New York University Press, 2008), 49.

Вернуться

632

Campbell, Discovering Addiction, 59–64.

Вернуться

633

Campbell, Olsen, and Walden, Narcotic Farm, 20.

Вернуться

634

Acker, Creating the American Junkie, 62–69.

Вернуться

635

Roy Porter, The Greatest Benefit to All Mankind: A Medical History of Humanity (1998; repr., New York: W. W. Norton, 1997), 570–572; Ben Ehrlich, The Brain That Discovered Itself (New York: Farrar, Straus and Giroux, forthcoming); Ben Ehrlich, The Dreams of Santiago Ramón y Cajal (New York: Oxford University Press, 2016).

Вернуться

636

Campbell, Olsen, Walden, Narcotic Farm, 164. Подробнее об использовании ЭЭГ на Наркоферме см. в кн. William R. Martin, Harris Isbell, eds., Drug Addiction and the U. S. Public Health Service: Proceedings of the Symposium Commemorating the 40th Anniversary of the Addiction Research Center at Lexington, Ky (Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1978), https://archive.org/stream/drugaddictionusp00mart/drugaddictionusp00mart_djvu.txt.

Вернуться

637

Robert Sessions Woodworth, Psychology: A Study of Mental Life (New York: Henry Holt, 1921), 2, https://www.google.com/books/edition/Psychology/oy7ARHvJ3eIC.

Вернуться

638

Alexander, в кн. Globalization of Addiction, loc. 4839 of 15778, подробно пишет о бихевиоризме и его влиянии на понимание зависимости. См. также George Graham, “Behaviorism,” в кн. The Stanford Encyclopedia of Philosophy, ed. Edward N. Zalta, last modified February 26, 2020 (Palo Alto, CA: Metaphysics Research Lab, 2020), https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/behaviorism.

Вернуться

639

В 1980х Рой Уайз, автор дофаминовой теории зависимости, с одобрением цитировал аргументацию Скиннера о том, что «внутренние психические причины» не являются надлежащим объектом для психологии. Roy A. Wise, “The Neurobiology of Craving: Implications for the Understanding and Treatment of Addiction,” Journal of Abnormal Psychology 97, no. 2 (1988): 118.

Вернуться

640

Courtwright, “The Transformation of the Opiate Addict,” в кн. Dark Paradise, 110–144. Caroline Acker, “The Junkie as Psychopath,” в кн. Creating the American Junkie, 125–155.

Вернуться

641

Клифтон Химмельсбах, интервью Уиндхему Майлзу, 4 мая 1972 года, Oral History Interviews, Accession 613, History of Medicine Division, National Library of Medicine, цит. по Campbell, Discovering Addiction, 55.

Вернуться

642

Campbell, Olsen, Walden, Narcotic Farm, 20, 180–181; Caroline Jean Acker, “Addiction and the Laboratory: The Work of the National Research Council’s Committee on Drug Addiction,” Isis 86, no. 2 (June 1995): 1–29, https://doi.org/10.1086/357152; Abraham Wikler, Opiate Addiction: Psychological and Neurophysiological Aspects in Relation to Clinical Problems (Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1953), 17, https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015042964331&view=1up&seq=7.

Вернуться

643

Campbell, Discovering Addiction, 70.

Вернуться

644

John Strang et al., “Loss of Tolerance and Overdose Mortality after Inpatient Opiate Detoxification: Follow Up Study,” BMJ 326, no. 7396 (May 2003): 959–960, https://doi.org/10.1136/bmj.326.7396.959. См. также John Strang, “Death Matters: Understanding Heroin/Opiate Overdose Risk and Testing Potential to Prevent Deaths,” Addiction 110, no. S2 (July 2015): 27–35, https://doi.org/10.1111/add.12904; James D. Wines et al., “Overdose after Detoxification: A Prospective Study,” Drug and Alcohol Dependence 89, no. 2 (July 2007): 161–169, https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.019.

Вернуться

645

Nicolas Rasmussen, “Maurice Seevers, the Stimulants and the Political Economy of Addiction in American Biomedicine,” BioSocieties 5, no. 1 (March 1, 2010): 105–123, https://doi.org/10.1057/biosoc.2009.7.

Вернуться

646

Robinson v. California, 370 U. S. 660, 82 S.Ct. 1417 (1962). См. также кн. Nancy D. Campbell, OD: Naloxone and the Politics of Overdose (Cambridge, MA: MIT Press, 2019).

Вернуться

647

American Society of Addiction Medicine & National Council on Alcoholism and Drug Dependence, “Disease Definition of Alcoholism,” Annals of Internal Medicine, 85, no. 6: 764. А также: «Наше понимание наркотической зависимости долгие десятилетия затуманивалось тем фактом, что самые употребляемые наркотики – опиаты и алкоголь –

вызывают наряду с аддикцией и физическую зависимость. По этой причине клиническое определение аддикции смешивалось с определениями физической зависимости». Eric J. Nestler, “Historical Review: Molecular and Cellular Mechanisms of Opiate and Cocaine Addiction,” Trends in Pharmacological Sciences 25, no. 4 (April 2004): 210–218, https://doi.org/10.1016/j.tips.2004.02.005. См. также Alexander, Globalization of Addiction, 51n.

Вернуться

648

Howard Markel, An Anatomy of Addiction: Sigmund Freud, William Halsted, and the Miracle Drug, Cocaine (New York: Vintage, 2011), гл. 4. «Волшебная субстанция» фигурирует в письме Фрейда к Марте Бернайс от 2 июня 1884 года, цит. по Markel, Anatomy of Addiction, 81.

Вернуться

649

White, Slaying the Dragon, 147.

Вернуться

650

Markel, Anatomy of Addiction, loc. 1246, 1461 of 6798; гл. 4.

Вернуться

651

Зигмунд Фрейд, письмо Вильгельму Флиссу от 12 июня 1895 года, в кн. The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess (Psychoanalytic Electronic Publishing, n.d.), https://www.pep-web.org/document.php?id=zbk.042.0131a.

Вернуться

652

Rasmussen, On Speed, 98.
Вернуться

653

Morgan, Literary Outlaw, 167.
Вернуться

654

Rasmussen, On Speed, 12.
Вернуться

655

Rasmussen, On Speed, 46, 98.
Вернуться

656

Rasmussen, “Maurice Seevers,” 110.
Вернуться

657

Hans Neumann, “Beer as a Means of Compensation for Work in Mesopotamia during the Ur III Period,” in Drinking in Ancient Societies: History of Culture of Drinks in Ancient Near East, ed. L. Milano (Padua: Propylaeum, 1994): 321–331; Peter Andreas, Killer High: A History of War in Six Drugs (New York: Oxford University Press, 2020), 17; Brecher, Consumers Union Report, 272.

Вернуться

658

Andreas, Killer High, 6–7.
Вернуться

659

Rasmussen, On Speed, 54–59. See also Norman Ohler, Blitzed: Drugs in the Third Reich, trans. Shaun Whiteside (New York: Houghton Mifflin Harcourt, 2017), 29–72.
Вернуться

660

Rasmussen, On Speed, 70–87. See also Ohler, Blitzed, 52–63.
Вернуться

661

Rasmussen, On Speed, 55.
Вернуться

662

Rasmussen, On Speed, 100, 115, 141.
Вернуться

663

Jill Lepore, These Truths: A History of the United States (New York: W. W. Norton, 2018), 527, 592.

Вернуться

664

Julie Donohue, “A History of Drug Advertising: The Evolving Roles of Consumers and Consumer Protection.” Milbank Quarterly 84, no. 4 (2006): 659–699; Rasmussen, On Speed, 113.

Вернуться

665

Barry Meier, Pain Killer: An Empire of Deceit and the Origin of America’s Opioid Epidemic (New York: Random House, 2003), 52. См. также Patrick Radden Keefe, “The Family That Built an Empire of Pain,” New Yorker, October 30, 2017.

Вернуться

666

H. Frank Fraser et al., “Death Due to Withdrawal of Barbiturates,” Annals of Internal Medicine 38, no. 6 (June 1953): 1319–1325, https://doi.org/10.7326/0003–4819–38–6–1319.

Вернуться

667

David Herzberg, Happy Pills in America: From Miltown to Prozac (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009), 51.

Вернуться

668

Harris Isbell et al., “Chronic Barbiturate Intoxication: An Experimental Study,” Archives of Neurology and Psychiatry 64, no. 1 (1950): 1–28,

https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1950.02310250007001.
Вернуться

669

David Herzberg, White Market Drugs: Big Pharma and the Hidden History of Addiction in America (Chicago: University of Chicago Press, 2020), 142–167.
Вернуться

670

Harris Isbell, “Addiction to Barbiturates and the Barbiturate Abstinence Syndrome,” Annals of Internal Medicine 33, no. 1 (1950): 108–121.
Вернуться

671

Musto, American Disease, 213.
Вернуться

672

Courtwright, “Century of American Narcotic Policy,” 10; Herzberg, Happy Pills, 93–97.
Вернуться

673

Herzberg, White Market Drugs, гл. 3. См. также Herzberg, “Entitled to Addiction? Pharmaceuticals, Race, and America’s First Drug War,” Bulletin of the History of Medicine 91, no. 3 (Fall 2017): 586–623.
Вернуться

674

Herzberg, White Market Drugs, 1–17.
Вернуться

675

Hugh Wyatt, Sonny Rollins: Meditating on a Riff (New York: Kamama Books, 2018), 97, 136; George W. Goodman, “Sonny Rollins at Sixty-Eight,” Atlantic, July 1999, https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1999/07/sonny-rollins-at-sixty-eight-9907/377697/.
Вернуться

676

“Charlie Parker Biography,” PBS (website), October 19, 2003, http://www.pbs.org/wnet/americanmasters/charlie-parker-about-charlie-parker/678/.
Вернуться

677

Lewis MacAdams, Birth of the Cool: Beat, Bebop, and the American Avant Garde (New York: Free Press, 2001), loc. 607 of 4206, Kindle, citing Jazz historian Lincoln Collier.
Вернуться

678

Jill Jonnes, Hep-Cats, Narcs, and Pipe Dreams: A History of America’s Romance with Illegal Drugs (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999), 135.
Вернуться

679

White, Slaying the Dragon, 331, 343.
Вернуться

680

Paul P. Kennedy, “Nearly 500 Seized in Narcotics Raids across the Nation,” New York Times, January 5, 1952, https://www.nytimes.com/1952/01/05/archives/nearly-500-seized-in-narcotics-raids-across-the-nation-arrests-here.html; Courtwright, “Century of American Narcotic Policy,” 20.
Вернуться

681

Lepore, These Truths, 529–530; Ibram X. Kendi, Stamped from the Beginning: The Definitive History of Racist Ideas in America (New York: Public Affairs, 2016), 358–359; Courtwright, “Century of American Narcotic Policy,” 17–20.
Вернуться

682

Eric C. Schneider, “Introduction: Requiem for the City,” в кн. Smack: Heroin and the American City (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2013), ix–xvi.
Вернуться

683

Anslinger, Chapman, “Narcotic Addiction,” 182, цит. по Courtwright, “Century of American Narcotic Policy,” 21.
Вернуться

684

Isbell et al., “Chronic Barbiturate Intoxication,” 1–28; Herzberg, “Entitled to Addiction?” 610–611.

Вернуться

685

Rasmussen, On Speed, 3–4. См. также Nicolas Rasmussen, “America’s First Amphetamine Epidemic 1929–1971,” American Journal of Public Health 98, no. 6 (June 2008): 974–985, https://dx.doi.org/10.2105%2FAJPH.2007.110593.

Вернуться

686

Herzberg, White Market Drugs, 186.

Вернуться

687

Herzberg, White Market Drugs, 171. См. также Courtwright, “Century of American Narcotic Policy,” 21.

Вернуться

688

Morgan, Literary Outlaw, loc. 3959.

Вернуться

689

William Burroughs Jr., “Life with Father,” Esquire, September 1, 1971, https://classic.esquire.com/article/1971/9/1/life-with-father.
Вернуться

690

Подробности о деле взяты из показаний Робинсона на суде: Transcript of Record, Robinson v. California, Supreme Court of the United States, October Term, 1961, no. 554. Audio of Supreme Court arguments available at “Robinson v. California,” Oyez (website), accessed March 4, 2021, https://www.oyez.org/cases/1961/554. См. также сам вердикт Верховного суда: Robinson v. California, 370 U. S. 660 (1962), 82 S.Ct. 1417 (1962), а также работу Erik Luna, “The Story of Robinson: From Revolutionary Constitutional Doctrine to Modest Ban on Status Crimes,” в кн. Criminal Law Stories, ed. Donna Coker and Robert Weisberg (New York: Foundation Press, 2013), 47–56, а кроме того: Nancy D. Campbell, OD: Naloxone and the Politics of Overdose (Cambridge, MA: MIT Press, 2019), 64. О расовых предрассудках при остановке транспортных средств см., к примеру: “Findings,” Stanford Open Policing Initiative (website), accessed March 4, 2021, https://openpolicing.stanford.edu/findings/.
Вернуться

691

Следует отметить, что решение суда Калифорнии предполагало дальнейшую криминализацию состояния зависимости. См. решение суда: “Robinson v. California,” Oyez.

Вернуться

692

Brief of Appellee at 8, Robinson v. California, 370 US 660 (1962).

Вернуться

693

Transcript of Oral Argument, April 17, 1962, Robinson v. California, https://www.oyez.org/cases/1961/554.

Вернуться

694

Robinson v. California, 370 U. S. 660, 82 S.Ct. 1417 (1962).

Вернуться

695

David F. Musto, The American Disease: Origins of Narcotic Control, 3rd ed. (New York: Oxford University Press, 1999), 338n44; Drug Addiction, Crime or Disease? Interim and Final Reports of the Joint Committee of the American Bar Association and the American Medical Association (Bloomington: Indiana University Press, 1961), Appendix A, http://www.druglibrary.org/schaffer/library/studies/dacd/Default.htm.

Вернуться

696

Lawrence Kolb, “Let’s Stop This Narcotics Hysteria!” Saturday Evening Post, July 28, 1956, https://www.saturdayeveningpost.com/2016/09/narcotics-hysteria-criminalization-drug-addiction/.

Вернуться

697

Alfred R. Lindesmith, Addiction and Opiates (Chicago: Aldine, 1968).

Вернуться

698

Drug Addiction, Crime or Disease?; William L. White, Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, 2nd ed. (Chicago: Lighthouse Institute, 2014), 351; Rufus King, The Drug Hang-Up: America’s Fifty-Year Folly (Springfield, IL: Bannerstone House, 1972); David T. Courtwright, Herman Joseph, and Don Des Jarlais, Addicts Who Survived: An Oral History of Narcotic Use in America before 1965 (Knoxville: University of Tennessee Press, 2012), 297–298.

Вернуться

699

David T. Courtwright, “A Century of American Narcotic Policy,” in Treating Drug Problems, vol. 2, ed. D. R. Gerstein and H. J. Harwood (Washington, DC: National Academies Press, 1992), 25; King, Drug Hang-Up, гл. 18.

Вернуться

700

“Drug Case Victory Won after Death of Addict,” Los Angeles Times, June 26, 1962, цит. по Jordan Mylet, “The Mark of a Criminal: ‘Vag Addicts,’ Police Power, and Civil Rights in Postwar America,” Points in History (blog), June 18, 2020, https://pointshistory.com/2020/06/18/the-mark-of-a-criminal-vag-addicts-police-power-and-civil-rights-in-postwar-america/.

Вернуться

701

Rod A. Janzen, The Rise and Fall of Synanon: A California Utopia (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2001), 24, 134, 223.

Вернуться

702

Hillel Aron, “The Story of This Drug Rehab-Turned-Violent Cult Is Wild, Wild Country–Caliber Bizarre,” Los Angeles Magazine, April 23, 2018, https://www.lamag.com/citythinkblog/synanon-cult/.

Вернуться

703

Janzen, Rise and Fall of Synanon, 135.

Вернуться

704

Aron, “Drug Rehab-Turned-Violent Cult.”

Вернуться

705

Claire D. Clark, Recovery Revolution: The Battle over Addiction Treatment in the United States (New York: Columbia University Press, 2017), 10, 20; Janzen, Rise and Fall of Synanon, 10.
Вернуться

706

Aron, “Drug Rehab-Turned-Violent Cult.”
Вернуться

707

Пол Моранц написал собственную книгу о Синаноне: Paul Morantz, From Miracle to Madness (Los Angeles: Cresta Publications, 2014). Это захватывающий текст. См. стр. 34–35, где подробно обсуждаются философские интересы Дедериха и его ранние годы.
Вернуться

708

Ernest Kurtz, “Whatever Happened to Twelve-Step Programs?” в кн. The Collected Ernie Kurtz (New York: Authors Choice, 2008), 145–176.
Вернуться

709

Clark, Recovery Revolution, 23.
Вернуться

710

Чарльз Дедерих, цит. по Janzen, Rise and Fall of Synanon. Подробнее о промывке мозгов: Дэвид Дитч, один из ранних лидеров движения терапевтических сообществ, считает, что на Дедериха

непосредственно повлияли свидетельства очевидцев Корейской войны. См. David A. Deitch, “Treatment of Drug Abuse in the Therapeutic Community: Historical Influences, Current Considerations, and Future Outlook,” в кн. Drug Use in America: Problem in Perspective, vol. 4, Treatment and Rehabilitation, ed. National Commission on Marihuana and Drug Abuse (Washington, DC: Government Printing Office, 1973), 158–175.

Вернуться

711

Claire Clark, “ ‘Chemistry Is the New Hope’: Therapeutic Communities and Methadone Maintenance, 1965–1971,” Social History of Alcohol and Drugs 26, no. 2 (Summer 2012): 192–216, https://doi.org/10.1086/SHAD26020192.

Вернуться

712

Не следует путать эти сообщества с терапевтическими сообществами, возникшими в рамках британской психиатрической школы для лечения общих психических проблем и не оказавшими значительного влияния на Дедериха.

Вернуться

713

Deitch, “Treatment of Drug Abuse,” 164–165; William L. White, William R. Miller, “The Use of Confrontation in Addiction Treatment: History, Science and Time for Change,” Counselor 8, no. 4 (March 2009): 12–30. Журналист Кевин Хелдман приводит живое описание некоторых методик терапевтических сообществ из первых рук: он сам был пациентом такого сообщества в 1980 х, см. Kevin Heldman, “Rehab as Skinner Box, Boys Town and Hogan’s Heroes: Attempts to Turn Burnouts, Gangstas, and Misfits into Dale Carnegie through Scrubbing Floors,

Wearing Diapers, and Sitting Motionless on a Bench for a Month," Journalism Works Project, accessed March 4, 2021, http://journalismworksproject.org/rehab1.html; J. D. Dickey, "The Dark Legacy of a Rehab Cult," Fix, May 9, 2012, https://www.thefix.com/content/aa-cults-synanon-legacy0009?page=all; Kerwin Kaye, Enforcing Freedom (New York: Columbia University Press, 2019), 132.

Вернуться

714

Clark, Recovery Revolution, 43–45; Nancy D. Campbell, James P. Olsen, and Luke Walden, The Narcotic Farm: The Rise and Fall of America's First Prison for Drug Addicts (Lexington: University of Kentucky Press, 2021), 72–78, 102–103.

Вернуться

715

"Hazelden Betty Ford Foundation History," Hazelden Betty Ford Foundation (website), accessed March 4, 2021, https://www.hazeldenbettyford.org/about-us/history. См. также Damian McElrath, Hazelden: A Spiritual Odyssey (n.p., Hazelden Foundation, 1987), 30.

Вернуться

716

White, Slaying the Dragon, 264. См. также William L. White, "Hazelden Foundation," в кн. Alcohol and Temperance in Modern History: A Global Encyclopedia, vol. 1, A–L, ed. Jack S. Blocker, Ian R. Tyrrell, and David M. Fahey (Santa Barbara, CA: ABC–CLIO, 2003), 190.

Вернуться

717

White, Slaying the Dragon, 263–273. См. также Clark, Recovery Revolution, 184–187.

Вернуться

718

Robin Room, “Stigma, Social Inequality and Alcohol and Drug Use,” Drug and Alcohol Review 24, no. 2 (March 2005): 143–155, https://doi.org/10.1080/09595230500102434.

Вернуться

719

White, Miller, “Use of Confrontation,” 16–18.

Вернуться

720

Maia Szalavitz, “The Cult That Spawned the Tough-Love Teen Industry,” Mother Jones, September/ October 2007, https://www.motherjones.com/politics/2007/08/cult-spawned-tough-love-teen-industry/.

Вернуться

721

Kaye, Enforcing Freedom, 150–154.

Вернуться

722

White, Miller, “Use of Confrontation,” 21–23. По поводу осложнений и значимости клинического контекста см. Douglas L. Polcin, “Rethinking Confrontation in Alcohol and Drug Treatment: Consideration of the Clinical Context,” Substance Use & Misuse 38, no. 2 (February 2003): 165–184, https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1081/ja-120017243?journalCode=isum20.

Вернуться

723

Lesley A. Smith, Simon Gates, David Foxcroft, “Therapeutic Communities for Substance Related Disorder,” Cochrane Database of Systematic Reviews, no. 1 (2006): CD005338, https://doi.org/10.1002/14651858.CD005338.pub2. Сторонники терапевтических сообществ часто цитируют статистику, что 90 % тех, кто завершил месячный или даже годичный курс лечения и «выпустился» с программы, остаются трезвыми впоследствии, однако это вводит в заблуждение. Лишь небольшая часть претендующих на лечение пациентов принимается на программу (иногда принимают лишь одного кандидата из пяти), а среди тех, кто принят, лишь меньшинство проходит программу до конца: в среднем клиенты остаются в стационаре всего одну треть от предписанного времени. White, Slaying the Dragon, 324–325, 467. См. также Fabián Fiestas and Javier Ponce, “Eficacia de las Comunidades Terapéuticas en el Tratamiento de Problemas por Uso de Sustancias Psicoactivas: Una Revisión Sistemática,” Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 29, no. 1 (March 2012): 12–20, https://doi.org/10.1590/s1726–46342012000100003; Marion Malivert et al., “Effectiveness of Therapeutic Communities: A Systematic Review,” European Addiction Research 18, no. 1 (2012): 1–11, https://doi.org/10.1159/000331007.

Вернуться

724

George De Leon, “The Therapeutic Community: Toward a General Theory and Model,” в кн. Therapeutic Community: Advances in Research

and Application, NIDA Research Monograph 144, ed. F. M. Tims, George De Leon, and N. Jainchill (Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services, 1994), 16. См. также Alisa Stevens, “ ‘I Am the Person Now I Was Always Meant to Be’: Identity Reconstruction and Narrative Reframing in Therapeutic Community Prisons,” Criminology & Criminal Justice 12, no. 5 (2012): 527–547, а также Owen Flanagan, “Identity and Addiction,” которого мы обсуждали в гл. 5 настоящей книги.

Вернуться

725

Carl Erik Fisher, “People Struggling with Addiction Need Help. Does Forcing Them into Treatment Work?” Slate, January 18, 2018, https://slate.com/technology/2018/01/coerced-treatment-for-addiction-can-work-if-you-coerce-correctly.html.

Вернуться

726

David T. Courtwright, “The Prepared Mind: Marie Nyswander, Methadone Maintenance, and the Metabolic Theory of Addiction,” Addiction 92, no. 3 (March 1997): 257–265, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.1997.tb03196.x.

Вернуться

727

В частности, см. Marie Nyswander, The Drug Addict as a Patient (New York: Grune & Stratton, 1956), 70–84, https://catalog.hathitrust.org/Record/001565298.

Вернуться

728

Nat Hentoff, “The Treatment of Patients—I,” New Yorker, June 19, 1965, https://www.newyorker.com/magazine/1965/06/26/i-the-treatment-of-patients.

Вернуться

729

Courtwright, Joseph, Des Jarlais, Addicts Who Survived, 332.

Вернуться

730

Ivan Oransky, “Vincent Dole,” Lancet 368, no. 9540 (September 2006): 984, https://doi.org/10.1016/S0140–6736(06)69402–6; См. также Courtwright, “Prepared Mind,” 257–258.

Вернуться

731

Richard K. Ries et al., The ASAM Principles of Addiction Medicine, 5th ed. (New York: Wolters-Kluwer, 2014), 140.

Вернуться

732

White, Slaying the Dragon, 353–354; Courtwright, “Prepared Mind,” 259.

Вернуться

733

“Methadone Maintenance: How Much, for Whom, for How Long?” Medical World News, March 17, 1972, 53–63, цит. по Eric C. Schneider,

Smack: Heroin and the American City (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2013), 167.

Вернуться

734

Vincent P. Dole, Marie Nyswander, “A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction: A Clinical Trial with Methadone Hydrochloride,” JAMA 193, no. 8 (August 1965): 646–650, https://doi.org/10.1001/jama.1965.03090080008002.

Вернуться

735

Walter Cronkite, CBS Evening News, August 11, 1966, цит. по David T. Courtwright, Dark Paradise: A History of Opiate Addiction in America (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001), 164; Nat Hentoff, “The Treatment of Patients – II,” New Yorker, July 3, 1965, https://www.newyorker.com/magazine/1965/07/03/the-treatment-of-patients.

Вернуться

736

Vincent P. Dole, Marie E. Nyswander, Mary Jeanne Kreek, “Narcotic Blockade,” Archives of Internal Medicine 118, no. 4 (October 1966): 304–309, http://doi.org/10.1001/archinte.1966.00290160004002; Marie E. Nyswander, “The Methadone Treatment of Heroin Addiction,” Hospital Practice 2, no. 4 (April 1967): 27–33, https://doi.org/10.1080/21548331.1967.11707753.

Вернуться

737

Courtwright, Joseph, Des Jarlais, Addicts Who Survived, 340. Позднее Главная манхэттенская больница стала частью Больницы Бет Исраэль, в которой открылась одна из самых масштабных программ по лечению метадоном в США (впрочем, первоначальное здание главной больницы отдали под роскошные апартаменты).

Вернуться

738

Schneider, Smack, 168, 171.

Вернуться

739

Nikolas Rose, Joelle M. Abi-Rached, “The Neuromolecular Brain,” в кн. Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind (Princeton: Princeton University Press, 2013), 25–52.

Вернуться

740

David Healy, “Twisted Thoughts and Twisted Molecules,” в кн. The Creation of Psychopharmacology (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2002), 178–225. См. также Rose and Abi-Richard, Neuro, 10, on electrical to chemical; also Peter Conrad, “The Shifting Engines of Medicalization,” Journal of Health and Social Behavior 46, no. 1 (March 2005): 3–14, https://doi.org/10.1177%2F002214650504600102.

Вернуться

741

David P. Ausubel, “The Dole-Nyswander Treatment of Heroin Addiction,” JAMA 195, no. 11 (March 1966): 949–950, https://doi.org/10.1001/jama.1966.03100110117032.

Вернуться

742

Courtwright, Joseph, Des Jarlais, Addicts Who Survived, 335.
Вернуться

743

Когда Исбелл уехал, пациенты со смехом рассказали Доулу, что все они бывали в Нарко, некоторые не единожды, но только лечение метадоном смогло им помочь.
Вернуться

744

Schneider, Smack, 170.
Вернуться

745

William Raspberry, “Methadone Use: Another Blunder,” Washington Post, May 11, 1971, A19, цит. по Helena Hansen, Samuel K. Roberts, “Two Tiers of Biomedicalization: Methadone, Buprenorphine, and the Racial Politics of Addiction Treatment,” в кн. Critical Perspectives on Addiction, ed. Julie Netherland, vol. 14, Advances in Medical Sociology (Emerald Group, 2012), 79–102, https://doi.org/10.1108/S1057–6290(2012)0000014008.
Вернуться

746

“Drug vs. Drug; Methadone Treatment for Heroin Addiction Sparks a Controversy,” Wall Street Journal, September 9, 1969, вит. по Schneider,

Smack, 170.
Вернуться

747

Vincent P. Dole, Marie Nyswander, “The Treatment of Heroin Addiction,” JAMA 195, no. 11 (March 1966): 188, https://doi.org/10.1001/jama.1966.03100110140055.
Вернуться

748

Vincent P. Dole, Marie E Nyswander, “Heroin Addiction – a Metabolic Disease,” Archives of Internal Medicine 120, no. 1 (July 1967): 19–24, https://doi.org/10.1001/archinte.1967.00300010021004.
Вернуться

749

Courtwright, Dark Paradise, 164–165.
Вернуться

750

Подробное обсуждение см. Schneider, Smack, 168.
Вернуться

751

Одно из таких исключений – Джером Джаффе, психиатр и бывший пациент Накрофермы, который создал в Чикаго универсальную «мультимодальную» программу лечения, объединявшую терапевтические сообщества, метадоновую терапию и другие профессиональные методы. Narcotics and Drug Abuse: Hearings Before

the Special Subcommittee on Alcoholism and Narcotics of the Committee on Labor and Public Welfare United States Senate, 91st Cong. 5939D at 181 (1969) (statement of Jerome Jaffe, assistant professor, Department of Psychiatry, University of Chicago), http://www.williamwhitepapers.com/pr/dlm_uploads/1969-Dr.-Jerome-Jaffe-Testimony-on-Illinois-Drug-Abuse-Program.pdf.

Вернуться

752

"Life on Two Grams a Day," Life 68, no. 6 (February 20, 1970): 24–32. О ситуации в целом см. Schneider, Smack, 142–156.

Вернуться

753

Ibram X. Kendi, Stamped from the Beginning: The Definitive History of Racist Ideas in America (New York: Public Affairs, 2016), 405–411.

Вернуться

754

Harry R. Haldeman, The Haldeman Diaries: Inside the Nixon White House (New York: Berkeley Books, 1995), 66; John Ehrlichman, Witness to Power: The Nixon Years (New York: Simon & Schuster, 1982), 232.

Вернуться

755

Richard Nixon, "Drugs Our Second Civil War: Cut the Chain of Greed, Poverty, Self-Indulgence," Los Angeles Times, April 12, 1990, https://www.latimes.com/archives/la-xpm-1990–04–12-me-1267-story.html. См. также Richard Davenport-Hines, The Pursuit of Oblivion: A Global History of Narcotics (London: Weidenfeld & Nicolson, 2001), loc. 8197 of

13059; Майлз Эмброуз, расшифровка интервью в 2000 эпизоде шоу Frontline, PBS, https://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/drugs/interviews/ambrose.html.

Вернуться

756

Антинаркотические настроения Никсона тем более удивительны, что во время своего президентства он, по некоторым данным, пристрастился к седативным препаратам.

Вернуться

757

По поводу особого послания к Конгрессу от 1969 году о «проблеме наркотиков» см. 115 Cong. Rec. S19353 (1969) (The Drug Problem – Message from the President), https://www.govinfo.gov/content/pkg/GPO-CRECB-1969-pt14/pdf/GPO-CRECB-1969-pt14–7–2.pdf.

Вернуться

758

Noa Krawczyk et al., “Only One in Twenty Justice-Referred Adults in Specialty Treatment for Opioid Use Receive Methadone or Buprenorphine,” Health Affairs 36, no. 12 (December 2017): 2046–2053, https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0890. Доступ к лечению зависимости в рамках уголовно-правовой системы в целом оставляет желать лучшего, и проблема быстро усугубляется. См. “Public Policy Statement on Treatment of Opioid Use Disorder,” American Society of Addiction Medicine, July 15, 2020, https://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/2020-statement-on-treatment-of-oud-in-correctional-settings.pdf.

Вернуться

759

См. Keri Blakinger, “New York Prisons Offer ‘Tough Love’ Boot Camp Programs. But Prisoners Say They’re ‘Torture’ and ‘Hell,’ ” Appeal, May 21, 2019, https://theappeal.org/new-york-prisons-offer-tough-love-boot-camp-programs-but-prisoners-say-theyre-torture-and-hell/.

Вернуться

760

David J. Bellis, Heroin and Politicians: The Failure of Public Policy to Control Addiction in America (Westport, CT: Greenwood Press, 1981), 19.

Вернуться

761

Kristen Bialik, “State of the Union 2019: How Americans See Major National Issues,” Pew Research Center (website), February 4, 2019, https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/02/04/state-of-the-union-2019-how-americans-see-major-national-issues/.

Вернуться

762

Lee N. Robins, The Vietnam Drug User Returns: Final Report, Special Action Office Monograph, Series A, no. 2 (Washington, DC: Special Action Office for Drug Abuse Prevention, 1974), https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED134912.pdf. Подробнее о страхе американцев перед наркозависимыми ветеранами войны во Вьетнаме см. Eric C. Schneider, Smack: Heroin and the American City (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2013), 159–162; Grischa Metlay, “Federalizing Medical Campaigns against Alcoholism and Drug Abuse,” Milbank Quarterly 91, no. 1 (March 2013): 123–162, https://doi.org/10.1111/milq.12004.

Вернуться

763

Jill Jonnes, Hep-Cats, Narcs, and Pipe Dreams: A History of America's Romance with Illegal Drugs (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999), 272. См. также Morgan F. Murphy and Robert H. Steele, The World Heroin Problem: Report of Special Study Mission (Washington, DC: Government Printing Office, 1971), https://books.google.com/books?id=FgZiNcTOVZgC; Schneider, Smack, 161–162. О связи ЦРУ с Золотым треугольником: Richard Davenport-Hines, The Pursuit of Oblivion: A Global History of Narcotics (London: Weidenfeld & Nicolson, 2001), loc. 8233 of 13059; Suzanna Reiss, We Sell Drugs: The Alchemy of US Empire (Oakland: University of California Press, 2014).

Вернуться

764

Важно упомянуть, что героин был так распространен и доступен в том числе потому, что ЦРУ, по некоторым данным, покрывало этот бизнес и получало свою долю доходов от выращивания опиума их стратегическими партнерами из Золотого треугольника.

Вернуться

765

Metlay, "Federalizing Medical Campaigns," 144; Murphy and Steele, World Heroin Problem, 18.

Вернуться

766

Davenport-Hines, Pursuit of Oblivion, loc. 8225.

Вернуться

767

“Thirty Years of America’s Drug War,” Frontline, PBS, accessed April 11, 2021, https://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/drugs/cron/index.html#9.

Вернуться

768

Karst J. Besteman, “Federal Leadership in Building the National Drug Treatment System,” в кн. Treating Drug Problems, vol. 2, ed. D. R. Gerstein and H. J. Harwood (Washington, DC: National Academies Press, 1992), 63–88. См. также Nancy D. Campbell, James P. Olsen, and Luke Walden, The Narcotic Farm: The Rise and Fall of America’s First Prison for Drug Addicts (Lexington: University of Kentucky Press, 2021), 190; Metlay, “Federalizing Medical Campaigns,” 145.

Вернуться

769

Kevin Yuill, “Another Take on the Nixon Presidency: The First Therapeutic President?” Journal of Policy History 21, no. 2 (April 2009): 138–162, https://doi.org/10.1017/S089803060909006X; David T. Courtwright, Dark Paradise: A History of Opiate Addiction in America (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001), 171.

Вернуться

770

“The Year Mexico Legalized Drugs,” HistoryExtra, August 6, 2019, https://www.historyextra.com/period/modern/1940-the-year-mexico-legalised-drugs/. Министерство иностранных дел Мексики утверждало, что программа была успешной, пока ее принудительно не закрыли. См. также Benjamin Smith, “The Dialectics of Dope: Leopoldo Salazar

Viniegra, the Myth of Marijuana, and Mexico's State Drug Monopoly," в кн. Prohibitions and Psychoactive Substances in History, Culture and Theory, ed. Susannah Wilson (London: Taylor & Francis, 2019), 111–132.
Вернуться

771

Linder v. United States, 268 U. S. (1925).
Вернуться

772

David T. Courtwright, Herman Joseph, Don Des Jarlais, Addicts Who Survived: An Oral History of Narcotic Use in America before 1965 (Knoxville: University of Tennessee Press, 2012), 337–338.
Вернуться

773

William L. White, Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, 2nd ed. (Chicago: Lighthouse Institute, 2014), 360.
Вернуться

774

Richard Severo, "Ethics of Methadone Use Questioned," New York Times, April 18, 1971, https://www.nytimes.com/1971/04/18/archives/ethics-of-methadone-use-questioned-ethics-of-methadone-use-is.html. Подробно о распространении метадона и связанных с ним проблемах см. Schneider, Smack, 176–177.
Вернуться

775

Courtwright, Joseph, Des Jarlais, Addicts Who Survived, 338.
Вернуться

776

В частности, Закон о лечении наркозависимых от 1974 года, Narcotic Addict Treatment Act of 1974, Pub. L. No. 93–281, 88 Stat. 124, https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-88/pdf/STATUTE-88-Pg124.pdf (первоначальное название – Закон о контроле над распространением метадона). См. также Schneider, Smack, 170; David T. Courtwright, "The Controlled Substances Act: How a 'Big Tent' Reform Became a Punitive Drug Law," Drug and Alcohol Dependence 76, no. 1 (October 2004): 9–15, https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.04.012. О расовых предрассудках см. Julie Netherland, Helena Hansen, "White Opioids: Pharmaceutical Race and the War on Drugs That Wasn't," BioSocieties 12, no. 2 (June 2017): 217–238, https://dx.doi.org/10.1057%2Fbiosoc.2015.46.
Вернуться

777

Schneider, Smack, 178; Helena Hansen, Samuel K. Roberts, "Two Tiers of Biomedicalization: Methadone, Buprenorphine, and the Racial Politics of Addiction Treatment," в кн. Critical Perspectives on Addiction, ed. Julie Netherland, vol. 14, Advances in Medical Sociology (London: Emerald, 2012), 86–92.
Вернуться

778

David T. Courtwright, "The Prepared Mind: Marie Nyswander, Methadone Maintenance, and the Metabolic Theory of Addiction,"

Addiction 92, no. 3 (March 1997): 260.
Вернуться

779

White, Slaying the Dragon, 501–502.
Вернуться

780

Philippe Bourgois, “Disciplining Addictions: The Bio-Politics of Methadone and Heroin in the United States,” Culture, Medicine and Psychiatry 24, no. 2 (2000): 165–195.
Вернуться

781

Nancy D. Campbell, OD: Naloxone and the Politics of Overdose (Cambridge, MA: MIT Press, 2019), 96–97; Thomas F. Brady, “St. Luke’s Yields on Drug Facility,” New York Times, January 18, 1970, https://www.nytimes.com/1970/01/18/archives/st-lukes-yields-on-drug-facility-plan-to-aid-young-addicts-ends-a.html; Olga Khazan, “How Racism Gave Rise to Acupuncture for Addiction Treatment,” Atlantic, August 3, 2018, https://www.theatlantic.com/health/archive/2018/08/acupuncture-heroin-addiction/566393/.
Вернуться

782

Netherland, Hansen, “White Opioids”; Campbell, OD, 287. О том, как в ходе «войны с преступностью» уголовно-правовая система и тюрьмы представлялись обществу как основной способ решения социальных проблем в бедных сообществах, см. Elizabeth Hinton, From the War on

Poverty to the War on Crime: The Making of Mass Incarceration in America (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2016).

Вернуться

783

Высказывание принадлежат Алану Лешнеру, который был в то время руководителем Национального института проблем злоупотребления наркотиками. 145 Cong. Rec. S1091 (daily ed. January 28, 1999) (October 5, 1998 reply from NIDA Director, Dr. Alan Leshner), https://www.congress.gov/congressional-record/1999/01/28/senate-section/article/S1076–3; Hansen, Roberts, "Two Tiers of Biomedicalization," 92–97; Netherland, Hansen, "White Opioids," 13–14.

Вернуться

784

Westat and the Avisa Group, The SAMSHA Evaluation of the Impact of the DATA Waiver Program, Task Order 277–00–6111 (Washington, DC: Center for Substance Abuse Treatment, 2006), 3–10, https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/medication_assisted/evaluation-impact-data-waiver-program-summary.pdf;Helena Hansen, Julie Netherland, "Is the Prescription Opioid Epidemic a White Problem?" American Journal of Public Health 106, no. 12 (December 2016): 2127–2129, https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303483.

Вернуться

785

Pooja A. Lagisetty et al., "Buprenorphine Treatment Divide by Race/Ethnicity and Payment," JAMA Psychiatry 76, no. 9 (May 2019): 979–981, https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0876. С 2012 по 2015 год белые пациеты получали этот препарат в ходе 12,7 миллиона лечебных визитов по сравнению с 362 000 визитов для остальных категорий пациентов. О региональном и социоэкономическом неравенстве см.

также Pashmineh Azar et al., “Rise and Regional Disparities in Buprenorphine Utilization in the United States,” Pharmacoepidemiology and Drug Safety 29, no. 6 (June 2020): 708–715, https://doi.org/10.1002/pds.4984.

Вернуться

786

Приведу один пример такого разделения: в январе 2019 года репортеры Politico описали систему лечения зависимости, когда пациенты с частной страховкой принимались в стационарное отделение, которое предлагало медикаментозное лечение, психотерапию и последующую поддержку, тогда как пациенты, не имевшие средств платить за лечение, а также те, кто был направлен на лечение уголовно-правовой системой, попадали в жесткие буткемпы, где их обривали наголо, не давали никаких медикаментов и заставляли участвовать в конфронтациях: Brianna Ehley and Rachel Roubein, “ ‘I’m Trying Not to Die Right Now’: Why Opioid-Addicted Patients Are Still Searching for Help,” Politico, January 20, 2019, https://www.politico.com/story/2019/01/20/opioid-treatment-addiction-heroin-1088007, См. также Allison McKim, Addicted to Rehab: Race, Gender, and Drugs in the Era of Mass Incarceration (New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2017). Разумеется, такой подход применялся десятилетиями (см. Mariana Valverde, Diseases of the Will: Alcohol and the Dilemmas of Freedom (New York: Cambridge University Press, 1998); Virginia Berridge, Demons: Our Changing Attitudes to Alcohol, Tobacco, and Drugs (New York: Oxford University Press, 2013).

Вернуться

787

John D. Harris, The Junkie Priest, Father Daniel Egan, S. A. (New York: Coward-McCann, 1964). See also Eric Pace, “Daniel Egan, 84, Drug Fighter Known as ‘Junkie Priest,’ Dies,” New York Times, February 13, 2000, https://www.nytimes.com/2000/02/13/nyregion/daniel-egan-84-drug-fighter-known-as-junkie-priest-dies.html.

Вернуться

788

См. обширную монографию William L. White, Lisa Mojer-Torres, Recovery-Oriented Methadone Maintenance (Madison, WI: Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, 2010), https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/Recovery-Oriented-Methadone-Maintenance.pdf. См. также Stephen Gilman, Marc Galanter, Helen Dermatis, “Methadone Anonymous: A 12-Step Program for Methadone Maintained Heroin Addicts,” Substance Abuse 22, no. 4 (2001): 247–256, https://doi.org/10.1080/08897070109511466.

Вернуться

789

“Regarding Methadone and Other Drug Replacement Programs,” World Service Board of Trustees Bulletin No. 29, Narcotics Anonymous World Services (website), 1996, https://na.org/?ID=bulletins-bull29. См. также Narcotics Anonymous and Persons Receiving Medication-Assisted Treatment (Chatsworth, CA: NA World Services, 2016), https://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/pr/2306_NA_PRMAT_1021.pdf; William L. White, Narcotics Anonymous and the Pharmacotherapeutic Treatment of Opioid Addiction in the United States (Philadelphia: Department of Behavioral Health and Intellectual Disability Services, 2011), http://www.williamwhitepapers.com/pr/dlm_uploads/2011-NA-Medication-assisted-Treatment.pdf.

Вернуться

790

“On the Subject of Drugs, by One Who Took Them,” Grapevine, March 1947, https://silkworth.net/wp-content/uploads/2020/07/Grapevine-Vol3-№ 10-Mar-1947.pdf; Ernest Kurtz, Not God: A History of Alcoholics

Anonymous (Center City, MN: Hazelden Educational Materials, 1979), 116, 347, приводятся цитаты из ранних статей Грейпвайна.
Вернуться

791

Рассказ из первых рук: Clancy Martin, “The Drunks Club: AA, the Cult That Cures,” Harper’s, December 9, 2010. Профессиональное обсуждение: Izaak L. Williams, David Mee-Lee, “Inside the Black Box of Traditional Treatment Programs: Clearing the Air on the Original Literary Teachings of Alcoholics Anonymous (AA),” Addiction Research & Theory 27, no. 5 (September 2019): 412–419, https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1540692.
Вернуться

792

Matthias Pierce et al., “Impact of Treatment for Opioid Dependence on Fatal Drug-Related Poisoning: A National Cohort Study in England,” Addiction 111, no. 2 (February 2016): 298–308, https://doi.org/10.1111/add.13193; Luis Sordo et al., “Mortality Risk during and after Opioid Substitution Treatment: Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies,” BMJ 257, no. 8103 (April 2017): j1550, https://doi.org/10.1136/bmj.j1550. См. также Sarah E. Wakeman et al., “Comparative Effectiveness of Different Treatment Pathways for Opioid Use Disorder,” JAMA Network Open 3, no. 2 (February 2020): e1920622, https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20622.
Вернуться

793

Wakeman et al., “Comparative Effectiveness.” Также имеются данные, что пролонгированный налтрексон снижает риск рецидива; кроме того, очень важно, чтобы у практикующих врачей были различные варианты, поскольку универсального препарата не существует. Joshua

D. Lee et al., “Comparative Effectiveness of Extended-Release Naltrexone versus Buprenorphine-Naloxone for Opioid Relapse Prevention (X: BOT): A Multicentre, Open-Label, Randomised Controlled Trial,” Lancet 391, no. 10118 (January 2018): 309–318, https://doi.org/10.1016/S0140–6736(17)32812-X.

Вернуться

794

German Lopez, “There’s a Highly Successful Treatment for Opioid Addiction. But Stigma Is Holding It Back,” Vox, November 15, 2017, https://www.vox.com/science-and-health/2017/7/20/15937896/medication-assisted-treatment-methadone-buprenorphine-naltrexone.

Вернуться

795

См. исходное заявление: “Methadone vs Suboxone in Opioid Treatment: Hazelden Betty Ford Foundation’s View on Use,” Hazelden Betty Ford Foundation (website), October 28, 2016, https://web.archive.org/web/20161105110130/https://www.hazeldenbettyford.org/articles/methadone-vs-suboxone-opioid-treatment. «Несмотря на то что метадон весьма эффективен и полезен для определенных категорий пациентов, большинство людей, участвующих в программах лечения метадоном, не ставят себе цель полного воздержания, а потому могут продолжать употреблять бензодиазепины, кокаин, алкоголь, марихуану и другие наркотики. Это не соответствует нашей двенадцатиступенчатой модели, основанной на идее воздержания». Эта позиция по сей день остается официальной позицией фонда, хотя и в несколько иной формулировке: “Suboxone v. Methadone v. Naltrexone in Opioid Addiction Treatment,” Hazelden Betty Ford Foundation (website), December 12, 2019, https://www.hazeldenbettyford.org/articles/methadone-vs-suboxone-opioid-treatment.

Вернуться

796

United States Commission on Marihuana and Drug Abuse, Marihuana: A Signal of Misunderstanding: First Report (Washington, DC: Government Printing Office, 1972). Работа остается актуальной и сегодня, в особенности раздел V, 127–168.

Вернуться

797

David F. Musto, The American Disease: Origins of Narcotic Control, 3rd ed. (New York: Oxford University Press, 1999), 256n29.

Вернуться

798

Domestic Council Drug Abuse Task Force, White Paper on Drug Use: September 1975 (Washington, DC: Government Printing Office, 1975), https://www.ojp.gov/pdffiles1/Photocopy/38406NCJRS.pdf.

Вернуться

799

Херцберг пишет, что Закон о контролируемых веществах открывал возможность радикально переосмыслить отношение к наркотикам, однако дальнейшее развитие пошло в карательном направлении. David Herzberg, White Market Drugs: Big Pharma and the Hidden History of Addiction in America (Chicago: University of Chicago Press, 2020), гл. 5–6. См. также Leo Beletsky, “Controlled Substances Act at 50: A Blueprint for Reform,” Northeastern University School of Law Research Paper No. 370–2020 (February 25, 2020), https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3544384; Courtwright, “The Controlled Substances Act,” 9–15; Joseph F. Spillane, “Debating the Controlled Substances Act,” Drug and Alcohol Dependence

76, no. 1 (October 2004): 17–29, https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.04.011.
Вернуться

800

Dan Baum, Smoke and Mirrors: The War on Drugs and the Politics of Failure (New York: Little, Brown, 1996), 68, referring to BNDD.
Вернуться

801

Baum, Smoke and Mirrors, 72.
Вернуться

802

Congressional Resource Guide to the Federal Effort on Narcotics Abuse and Control 1969–1976, Part 1: A Report of the Select Committee on Narcotics Abuse and Control, SCNAC-95–2–2 (Washington, DC: Government Printing Office, 1978), 250, https://www.ojp.gov/pdffiles1/Digitization/48337NCJRS.pdf.
Вернуться

803

Jonnes, Hep-Cats, 296–297.
Вернуться

804

Gene Spagnoli, “Rocky Asks Life for Pushers,” New York Daily News, January 3, 1973, sec. C; Jessica Neptune, “Harshest in the Nation: The Rockefeller Drug Laws and the Widening Embrace of Punitive Politics,”

Social History of Alcohol and Drugs 26, no. 2 (Summer 2012): 1–22, https://doi.org/10.1086/SHAD26020170..

Вернуться

805

Richard Nixon, “Radio Address about the State of the Union Message on Law Enforcement and Drug Abuse Prevention,” March 10, 1973, https://www.presidency.ucsb.edu/documents/radio-address-about-the-state-the-union-message-law-enforcement-and-drug-abuse-prevention.

Вернуться

806

James Q. Wilson, “If Every Criminal Knew He Would Be Punished If Caught,” New York Times, January 28, 1973, https://www.nytimes.com/1973/01/28/archives/if-every-criminal-knew-he-would-be-punished-if-caught-but-he-doesnt.html.

Вернуться

807

Hinton, From the War on Poverty. См. также Kerwin Kaye, Enforcing Freedom (New York: Columbia University Press, 2019), 52.

Вернуться

808

Bart Barnes, “Harold Hughes Dies at 74,” Washington Post, October 25, 1996, https://www.washingtonpost.com/archive/local/1996/10/25/harold-hughes-dies-at-74/5c2e1ca8-ce34–4d3f-93f4-d684ba9f1e5b/.

Вернуться

809

Nancy Olson, With a Lot of Help from Our Friends: The Politics of Alcoholism Lincoln, NE: Writers Club Press, 2003), 110–117.

Вернуться

810

Harold Hughes, North American Congress on Alcohol and Drug Problems, San Francisco, California, December 13, 1974, цит. по Olson, With a Lot of Help, 457–458. См. также Harold A. Mulford, Alcoholism in Wonderland: A Memoir (self-pub, 2001), http://www.williamwhitepapers.com/pr/Mulford%20Memoir%202001.pdf; “Public Figures Take Part in Program at Conference,” NIAAA Information and Feature Service, October 1, 1974, 5, https://books.google.com/books?id=DFUsrIfed8sC.

Вернуться

811

White, Slaying the Dragon, 376–383, 391. Прочие изменения включали в себя федеральное законодательство и рост числа людей, обращающихся за лечением. О законодательстве: Constance Weisner, Robin Room, “Financing and Ideology in Alcohol Treatment,” Social Problems 32, no. 2 (December 1984): 167–184, https://doi.org/10.2307/800786. О росте числа пациентов: Robin Room, “Treatment-Seeking Populations and Larger Realities,” в кн. Alcoholism Treatment in Transition, ed. Griffith Edwards and Marcus Grant (London: Croom Helm, 1980), 205–224. Бюджет Национального института по борьбе со злоупотреблением алкоголем и алкоголизмом вырос с 6.5 миллионов долларов в 1970 году до 214 миллионов долларов в 1975. William Grimes, “Morris Chafetz, 87, Dies; Altered View of Alcoholism,” New York Times, October 21, 2011, https://www.nytimes.com/2011/10/21/us/morris-chafetz-87-dies-altered-view-of-alcoholism.html. К 1977 году специализированные лечебные заведения по лечению алкоголизма, оказывали услуги приблизительно на 700 миллионов долларов, и еще около 2 миллиардов долларов тратили многопрофильные больницы. Leonard Saxe et al., Health

Technology Case Study 22: The Effectiveness and Costs of Alcoholism Treatment (Washington, DC: Government Printing Office, 1983), 59, https://www.princeton.edu/~ota/disk3/1983/8307/8307.pdf.

Вернуться

812

Special Report to the U. S. Congress on Alcohol and Health from the Secretary of Health and Human Services (Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1981).

Вернуться

813

Эрни Куртц называет это «сумасшедшей погоней за деньгами». См. Kurtz, “Whatever Happened to Twelve-Step Programs?” в кн. The Collected Ernie Kurtz (New York: Authors Choice, 2008), 151. Также следует отметить работу White, Slaying the Dragon, 396, где говорится, что всем ставили один и тот же диагноз. William L. White, “Lost Vision: Addiction Counseling as Community Organization,” Alcoholism Treatment Quarterly 19, no. 4 (2001): 1–32, https://psycnet.apa.org/doi/10.1300/J020v19n04_01.

Вернуться

814

John Schwarzlose, цит. по Nan Robertson, Getting Better: Inside Alcoholics Anonymous (New York: William Morrow, 1988), 210.

Вернуться

815

William R. Miller, “Alcoholism: Toward a Better Disease Model,” Psychology of Addictive Behaviors 7, no. 2 (1993): 129–136,

https://doi.org/10.1037/0893–164X.7.2.129.
Вернуться

816

Katie Witkiewitz et al., “What Is Recovery?” Alcohol Research: Current Reviews 40, no. 3 (September 2020): 1–12, https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.01.
Вернуться

817

Susan Curry, G. Alan Marlatt, Judith R. Gordon, “Abstinence Violation Effect: Validation of an Attributional Construct with Smoking Cessation,” Journal of Consulting and Clinical Psychology 55, no. 2 (1987): 145–149, https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022–006X.55.2.145; G. Alan Marlatt, Dennis M. Donovan, eds., Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors (New York: Guilford Press, 2005).
Вернуться

818

Burt A. Folkart, “Thomas P. Pike; Industrialist Led Fight against Alcoholism,” Los Angeles Times, August 3, 1993, https://www.latimes.com/archives/la-xpm-1993–08–03-mn-19647-story.html; Olson, With a Lot of Help, 51, 92; Sally Brown, David R. Brown, A Biography of Mrs. Marty Mann: The First Lady of Alcoholics Anonymous (Center City, MN: Hazelden, 2011), 282; “Pike, Thomas P.: Records, 1955–1958,” February 16, 1972, Dwight D. Eisenhower Library, Abilene, Kansas, https://web.archive.org/web/20170125043425/https://www.eisenhower.archives.gov/research/finding_aids/pdf/Pike_Thomas_Records.pdf.
Вернуться

819

Alcoholics Anonymous, 4th ed. (New York: Alcoholics Anonymous World Services, 2001), 30.

Вернуться

820

Olson, With a Lot of Help, 257. See also David J. Armor, J. Michael Polich, Harriet B. Braiker, Alcoholism and Treatment (Santa Monica CA: RAND Corporation, 1976), https://www.rand.org/pubs/reports/R1739.html; Ron Roizen, “Comment on the ‘Rand Report,’ ” Journal of Studies on Alcohol 38, no. 1 (January 1977): 170–178, https://doi.org/10.15288/jsa.1977.38.152.

Вернуться

821

Morris E. Chafetz, The Tyranny of Experts: Blowing the Whistle on the Cult of Expertise (Lanham, MD: Madison Books, 1996), 113.

Вернуться

822

Пресс-релиз HCA от 1 июля 1976 года, цит. по David J. Armor, I. Michael Polich, and Harriet B. Stambul, Alcoholism and Treatment (New York: John Wiley & Sons, 1978), 232–233.

Вернуться

823

Dr. Nicholas A. Pace, president, New York City chapter of the National Council on Alcoholism, quoted in Jane Brody, “Study on Alcoholics Called ‘Misleading,’ ” New York Times, June 11, 1976,

https://www.nytimes.com/1976/06/11/archives/study-on-alcoholics-called-misleading-alcoholic-study-held.html.

Вернуться

824

Цит. по Robertson, Getting Better, 192.

Вернуться

825

Alcoholics Anonymous, 31. «Мы не хотели бы объявлять каждого человека алкоголиком», из чего следует, что не все проблемы с употреблением веществ укладываются в их схему и что есть множество путей к выздоровлению.

Вернуться

826

Mark B. Sobell, Linda C. Sobell, “Individualized Behavior Therapy for Alcoholics,” Behavior Therapy 4, no. 1 (January 1973): 49–72, https://doi.org/10.1016/S0005–7894(73)80074–7; Sobell, Sobell, “Second Year Treatment Outcome of Alcoholics Treated by Individualized Behavior Therapy: Results,” Behaviour Research and Therapy 14, no. 3 (January 1, 1976): 195–215, https://doi.org/10.1016/0005–7967(76)90013–9; Sobell, Sobell, Behavioral Treatment of Alcohol Problems: Individualized Therapy and Controlled Drinking (New York: Springer, 1978). Существует также независимое исследование, в котором за пациентами наблюдали в течение трех лет после эксперимента, и оно подтвердило выводы Собеллов: Glenn R. Caddy, Harold J. Addington Jr., David Perkins, “Individualized Behavior Therapy for Alcoholics: A Third Year Independent Double-Blind Follow-Up,” Behaviour Research and Therapy 16, no. 5 (1978): 345–362, https://doi.org/10.1016/0005–7967(78)90004–9.

Вернуться

827

Sobell, Sobell, “Individualized Behavior Therapy for Alcoholics,” таблица 7.

Вернуться

828

Roizen, “Comment on the ‘Rand Report,” 171.

Вернуться

829

Philip M. Boffey, “Alcoholism Study under New Attack,” New York Times, June 28, 1982, https://www.nytimes.com/1982/06/28/us/alcholism-study-under-new-attack.html.

Вернуться

830

Robert E. Haskell, “Realpolitik in the Addictions Field: Treatment-Professional, Popular-Culture Ideology, and Scientific Research,” Journal of Mind and Behavior 14, no. 3 (Summer 1993): 257–276, https://www.jstor.org/stable/43853765.

Вернуться

831

На тот момент Собеллы работали в престижном Фонде исследования зависимости в Торонто, и их работодатель провел месячное расследование в связи с обвинениями их в мошенничестве. 143-страничный отчет об этом расследовании содержал «ясный и однозначный» вывод, что Собеллы были честны как в личном, так и в профессиональном плане. Bernard M. Dickens et al., Report of the Committee of Enquiry into Allegations Concerning Drs. Linda & Mark Sobell (Toronto: Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, 1982). Другие расследования описаны в работе G. Alan Marlatt, “The Controlled-Drinking Controversy: A Commentary,” American Psychologist 38, no. 10 (October 1983): 1097–1110, https://doi.org/10.1037//0003–066x.38.10.1097; Mark B. Sobell. Linda C. Sobell, “Moratorium on Maltzman,” Journal of Studies on Alcohol 50, no. 5 (1989): 473–480; Ron Roizen, “The Great Controlled-Drinking Controversy,” in Recent Developments in Alcoholism, vol. 5, ed. Marc Galanter (New York: Plenum, 1987), 245–279.

Вернуться

832

Witkiewitz et al., “What Is Recovery?” 4. Более развернутую дискуссию о проблеме «контролируемого употребления алкоголя» можно найти в работе Nick Heather and Ian Robertson’s classic book

Controlled Drinking (London: Methuen, 1981), а также в Marlatt, “Controlled-Drinking Controversy.”

Вернуться

833

К примеру, людям с диагнозом «алкоголизм» предоставляли неограниченный доступ к алкоголю, но регулировали их потребление с помощью поощрений и наказаний, другими словами, количество алкоголя, потребляемое людьми с алкоголизмом, зависело от ожиданий, а не от количества алкоголя в напитке. К 1981 году набралось достаточно доказательств, чтобы Хэзер и Робертсон опубликовали ставшую классической книгу по теме, сопроводив ее сотнями ссылок на подтверждающие их выводы данные, и аналогичные результаты были получены для наркотической зависимости (в частности, Норман Зинберг описал, что некоторые любители героина могут контролировать его потребление). Heather and Robertson, Controlled Drinking, в особенности гл. 3; Herbert Fingarette, Heavy Drinking: The Myth of Alcoholism as a Disease (Berkeley: University of California Press, 1988), 35–38; Norman E. Zinberg, Wayne M. Harding, and Miriam Winkeller, “A Study of Social Regulatory Mechanisms in Controlled Illicit Drug Users,” Journal of Drug Issues 7, no. 2 (April 1977): 117–133, https://doi.org/10.1177%2F002204267700700203.

Вернуться

834

William R. Miller, “Motivation for Treatment: A Review with Special Emphasis on Alcoholism,” Psychological Bulletin 98, no. 1 (1985): 85–107, https://content.apa.org/doi/10.1037/0033–2909.98.1.84; William R. Miller, Stephen Rollnick, Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior (New York: Guilford Press, 1991); Miller interview: William R. Miller, “Warm Turkey: Other Routes to Abstinence,” interview by Andrew C. Page, Journal of Substance Abuse Treatment 8, no. 4 (January 1991): 227–232, https://doi.org/10.1016/0740–5472(91)90043-A; White, Slaying the Dragon, 465; Marlatt, Donovan, Relapse Prevention.

Вернуться

835

Baum, Smoke, Mirrors, 88–89, на основе интервью с Кит Шухард; Emily Dufton, Grass Roots: The Rise and Fall and Rise of Marijuana in America (New York: Basic Books, 2017), 90. См. также Musto, American Disease, 264.

Вернуться

836

К примеру, в 1978 году всего 35 процентов старшеклассников считали каннабис вредным. Musto, American Disease, 264.

Вернуться

837

См., например, “ ‘Welfare Queen’ ” Becomes Issue in Reagan Campaign,” New York Times, February 15, 1976, https://www.nytimes.com/1976/02/15/archives/welfare-queen-becomes-issue-in-reagan-campaign-hitting-a-nerve-now.html.

Вернуться

838

Musto, American Disease, 265–267; Baum, Smoke and Mirrors, 140–141.

Вернуться

839

David Farber, Crack: Rock Cocaine, Street Capitalism, and the Decade of Greed (New York: Cambridge University Press, 2019), 129–162,

https://doi.org/10.1017/9781108349055.
Вернуться

840

Keith Humphreys, Circles of Recovery: Self-Help Organizations for Addictions (New York: Cambridge University Press, 2004), 149–176.
Вернуться

841

Craig Reinarman, “The Social Construction of an Alcohol Problem,” Theory and Society 17, no. 1 (January 1, 1988): 91–120, https://doi.org/10/b55kvt. Вследствие этого «Матери против пьянства за рулем» были приятны и удобны производителям алкоголя: компании Anheuser-Busch и Miller Brewing делали значительные пожертвования этой организации.
Вернуться

842

Herzberg, White Market Drugs, гл. 7.
Вернуться

843

Разумеется, это происходило не только на федеральном, но и на региональном уровне. См. Donna Murch, “Crack in Los Angeles: Crisis, Militarization, and Black Response to the Late Twentieth-Century War on Drugs,” Journal of American History 102, no. 1 (June 2015): 162–173, https://doi.org/10.1093/jahist/jav260.
Вернуться

844

Ronald Reagan, “Remarks on Signing Executive Order 12368, Concerning Federal Drug Abuse Policy Functions,” June 24, 1982, American Presidency Project, University of California, Santa Barbara, https://www.presidency.ucsb.edu/documents/remarks-signing-executive-order-12368-concerning-federal-drug-abuse-policy-functions. См. также Baum, Smoke and Mirrors, 166.

Вернуться

845

“Staffing and Budget,” Drug Enforcement Administration (website), accessed February 24, 2021, https://www.dea.gov/staffing-and-budget. С 1979 по 1984 год бюджет УБН вырос с 200 миллионов долларов до более 300 миллионов. Также следует отметить, что объявленная Рейганом война против наркотиков способствовала установлению новых связей между армией и полицией. Hinton, From the War on Poverty, 311.

Вернуться

846

Eric L. Jensen and Jurg Gerber, “The Civil Forfeiture of Assets and the War on Drugs: Expanding Criminal Sanctions While Reducing Due Process Protections,” Crime & Delinquency 42, no. 3 (1996): 421–434, https://doi.org/10.1177%2F0011128796042003005.

Вернуться

847

Arnold Washton, цит. по “Kids and Cocaine,” Newsweek, March 17, 1986, см. также обсуждение Craig Reinarman, Harry G. Levine, “Crack in the Rearview Mirror: Deconstructing Drug War Mythology,” Social Justice 31, nos. 1/ 2 (2004): 182–199, https://www.jstor.org/stable/29768248. Кроме того, см. Ibram X. Kendi, Stamped from the Beginning: The Definitive History of Racist Ideas in America (New York: Public Affairs,

2016), 434; Michelle Alexander, The New Jim Crow (New York: New Press, 2012), 5; Jacob Sullum, “Smackdown!” Reason, June 1, 2003, https://reason.com/2003/06/01/smackdown-2/.

Вернуться

848

Ronald Reagan, “Remarks Announcing the Campaign against Drug Abuse and a Question-and-Answer Session with Reporters,” White House Rose Garden, August 4, 1986, Ronald Reagan Presidential Library and Museum, https://www.reaganlibrary.gov/archives/speech/remarks-announcing-campaign-against-drug-abuse-and-question-and-answer-session.

Вернуться

849

Kendi, Stamped from the Beginning, 435. On sentencing. Musto, American Disease, 273. См. также Neptune, “Harshest in the Nation.”

Вернуться

850

Roy Walmsley, World Prison Population List, 12th ed. (London: Institute for Criminal Policy Research, 2018), https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_12.pdf.

Вернуться

851

Crime in the United States: 2019 (Washington, DC: Federal Bureau of Investigation), Table 43, https://ucr.fbi.gov/crime-in-the-u.s/2019/crime-in-the-u.s.-2019/topic-pages/tables /table-43. Какой вклад аресты за

наркотики вносят в систему массового заключения, вопрос спорный – к примеру, ведутся дискуссии о том, являются ли законы против наркотиков главным фактором в этой системе или лишь одним из множества мелких компонентов более крупной и сложной системы. Рекомендую ознакомиться с работой John Pfaff, Locked In: The True Causes of Mass Incarceration – and How to Achieve Real Reform (New York: Basic Books, 2017), в которой приводятся аргументы против выводов, представленных в работе Michelle Alexander, New Jim Crow. (Также следует принять во внимание существенное различие между общим количеством людей, побывавших в этой системе, и долей заключенных в текущий момент времени: Jonathan Rothwell, “Drug Offenders in American Prisons: The Critical Distinction between Stock and Flow,” Brookings (blog), November 25, 2015, https://www.brookings.edu/blog/social-mobility-memos/2015/11/25/drug-offenders-in-american-prisons-the-critical-distinction-between-stock-and-flow/). Как бы то ни было, война против наркотиков и особенно нагнетание паники стали одним из важных компонентов системы массового заключения и, как минимум существенным фактором, повлиявшим на представления об адекватном наказании.

Вернуться

852

Программа DARE была учреждена Дэрилом Гейтсом, начальником полиции Лос-Анджелеса. Чтобы составить себе представление о его убеждениях, можно ознакомиться с его выступлением перед Судебным комитетом Сената в 1990 году, где он заявил, что «наркоманов следует пристреливать»: цит. по Davenport-Hines, Pursuit of Oblivion, locs. 1073–1074 of 13059.

Вернуться

853

Cornelius Friesendorf, US Foreign Policy and the War on Drugs: Displacing the Cocaine and Heroin Industry (New York: Routledge, 2007), 81; Eleanor Clift, “Drug Testing for Reagan, Top Aides to Begin Monday,”

Los Angeles Times, August 8, 1986, https://www.latimes.com/archives/la-xpm-1986–08–08-mn-1846-story.html.

Вернуться

854

Craig Reinarman, Harry G. Levine, eds., Crack in America: Demon Drugs and Social Justice (Berkeley: University of California Press, 1997), 22. Специальный агент из вашингтонского офиса УБН позже признал: «Нам пришлось пойти на манипуляции, чтобы арестовать его именно там. Это было непросто». Corinne Purtill, “US Agents Lured a Teen near the White House to Sell Drugs So George H. W. Bush Could Make a Point,” Quartz, December 2, 2018, https://qz.com/1481809/george-h-w-bush-had-a-teen-set-up-to-sell-drugs-near-white-house/.

Вернуться

855

“War: 1 Percent. Drugs: 54 Percent,” New York Times, September 28, 1989, https://www.nytimes.com/1989/09/28/opinion/war-1-percent-drugs-54-percent.html.

Вернуться

856

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2019. Data on Substance Abuse Treatment Facilities (Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020); Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health (Washington, DC: Department of Health and Human Services, 2020), 54; ResearchandMarkets.com, “United States Addiction Rehab Industry Report 2020: SAMHSA Survey Findings, Major Trends & Issues, Operating Ratios, Competitor Profiles, and More,”

GlobeNewswire News Room, January 29, 2020, http://www.globenewswire.com/news-release/2020/01/29/1976908/0/en/United-States-Addiction-Rehab-Industry-Report-2020-SAMHSA-Survey-Findings-Major-Trends-Issues-Operating-Ratios-Competitor-Profiles-and-More.html. Более красноречивое описание того, чего стоит семьям найти программу лечения сегодня, можно найти в работе David Sheff, Clean (New York: Houghton Mifflin Harcourt, 2013), 129–134, где, в частности, описывается опыт Гэри Менделла (некоммерческая организация Shatterproof).

Вернуться

857

Peter Haden, “ ‘Body Brokers’ Get Kickbacks to Lure People with Addictions to Bad Rehab,” NPR, August 15, 2017, https://www.npr.org/sections/health-shots/2017/08/15/542630442/body-brokers-get-kickbacks-to-lure-people-with-addictions-to-bad-rehab.

Вернуться

858

David Segal, “In Pursuit of Liquid Gold,” New York Times, December 27, 2017, https://www.nytimes.com/interactive/2017/12/27/business/urine-test-cost.html.

Вернуться

859

CASA Columbia, Addiction Medicine: Closing the Gap between Science and Practice (New York: Columbia University Press, 2012), https://drugfree.org/reports/addiction-medicine-closing-the-gap-between-science-and-practice/. Если говорить совсем точно, многие из них ненаучны сразу по двум причинам: во-первых, они не используют научное обоснованные методы, а во-вторых, те методы, которые они используют, не имеют научного обоснования.

Вернуться

860

John F. Kelly and William L. White, Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice (Current Clinical Psychiatry) (New York: Humana Press, 2011), введение, гл. 16.

Вернуться

861

White, Slaying the Dragon, 434; Kaye, Enforcing Freedom, 3–16; Weisner, Room, “Financing and Ideology in Alcohol Treatment,” 176.

Вернуться

862

Weisner, Room, “Financing and Ideology in Alcohol Treatment,” 176–177.

Вернуться

863

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Treatment Episode Data Set (TEDS): 2017. Admissions to and Discharges from Publicly-Funded Substance Use Treatment (Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019), 57–58, https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/TEDS-2017.pdf. См. также Kaye, Enforcing Freedom, 3–16, о массовом потоке пациентов, направляемых на лечение уголовно-правовой системой.

Вернуться

864

White, Slaying the Dragon, 392–393.
Вернуться

865

R. S. Greenberger, “Sobering Methods: Firms Are Confronting Alcoholic Executives with Threat of Firing,” Wall Street Journal, 1983, quoted in William L. White and William R. Miller, “The Use of Confrontation in Addiction Treatment: History, Science and Time for Change,” Counselor 8, mo. 4 (March 2009): 3.
Вернуться

866

К примеру, в 2014 году было зарегистрировано более 100 000 случаев досрочного прерывания лечения, что составило более 7 % от общего количества пациентов в том году. Более подробно об этом см. Izaak L. Williams and David Mee-Lee, “Inside the Black Box of Traditional Treatment Programs: Clearing the Air on the Original Literary Teachings of Alcoholics Anonymous,” Addiction Research & Theory 27, no. 5 (2019): 412–419, https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1540692, citing SAMHSA data. О личном опыте принудительного исключения из программы см. Sheff, Clean, 129–134.
Вернуться

867

William L. White, Ernest Kurtz, “A Message of Tolerance and Celebration: The Portrayal of Multiple Pathways of Recovery in the Writings of Alcoholics Anonymous Co-Founder Bill Wilson,” Selected Papers of William L. White, 2010, http://smtp.williamwhitepapers.com/pr/dlm_uploads/2010-Bill-Wilson-on-Multiple-Pathways-of-Recovery.pdf. Уайт и Куртц приводят множество соответствующих высказываний Билла Уилсона, например: «АА не обладает монополией на реабилитацию алкоголиков», «Существует

множество путей к выздоровлению… Любая история или теория выздоровления, рассказанная человеком, который сам прошел по этому пути, содержит много правды», «Что касается лечения самого алкоголика, у нас нет на это никакой монополии», «Ни при каких обстоятельствах члены сообщества не должны думать, что АА знают все об алкоголизме и лучше всех умеют с ним справляться».

Вернуться

868

Katie Witkiewitz, Jalie A. Tucker, “Abstinence Not Required: Expanding the Definition of Recovery from Alcohol Use Disorder,” Alcoholism: Clinical & Experimental Research 44, no. 1 (January 2020): 36–40, https://doi.org/10.1111/acer.14235.

Вернуться

869

Tami L. Mark, Rosanna M. Coffey, “The Decline in Receipt of Substance Abuse Treatment by the Privately Insured, 1992–2001,” Health Affairs 23, no. 6 (November 2004): 157–162, https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.6.157; White, Slaying the Dragon, 401.

Вернуться

870

Maia Szalavitz, “The Rehab Industry Needs to Clean Up Its Act. Here’s How,” Huff-Post, February 12, 2016, https://www.huffpost.com/entry/the-rehab-industry-needs-clean-up_b_9210542.

Вернуться

871

Randy Shilts, And the Band Played On: Politics, People, and the AIDS Epidemic, 20th Anniversary Edition (New York: St. Martin's Press, 2007), 265–286.
Вернуться

872

Siddhartha Mukherjee, Emperor of All Maladies: A Biography of Cancer (New York: Scribner, 2010), 321–323.
Вернуться

873

Paul S. Appelbaum, Almost a Revolution: Mental Health Law and the Limits of Change (New York: Oxford University Press, 1994).
Вернуться

874

Paul Starr, The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry (New York: Basic Books, 1982), 389.
Вернуться

875

Недавно вышла замечательная книги Майи Салавиц о движении за минимизацию вреда в США, основанная на сотнях интервью, тщательном исследовании и личном опыте употребления наркотиков: Maia Szalavitz, Undoing Drugs: The Untold Story of Harm Reduction and the Future of Addiction (New York: Hachette Go, forthcoming). См. также Campbell, OD, 142, 202; Pat O'Hare, "Merseyside, the First Harm Reduction Conferences, and the Early History of Harm Reduction," International Journal of Drug Policy 18 (2007): 141–144.

Вернуться

876

Joyce Purnick, “Koch Bars Easing of Syringe Sales in AIDS Fight,” New York Times, October 4, 1985, https://www.nytimes.com/1985/10/04/nyregion/koch-bars-easing-of-syringe-sales-in-aids-fight.html.

Вернуться

877

Szalavitz, Undoing Drugs, chap. 5; Reinarman and Levine, Crack in America; Nancy D. Campbell and Susan J. Shaw, “Incitements to Discourse: Illicit Drugs, Harm Reduction, and the Production of Ethnographic Subjects,” Cultural Anthropology 23, no. 4 (November 2008): 688–717; Warwick Anderson, “The New York Needle Trial: The Politics of Public Health in the Age of AIDS,” American Journal of Public Health 81, no. 11 (November 1991): 1506–1518.

Вернуться

878

Campbell, OD, 140.

Вернуться

879

Нужно отметить, этот запрет был на короткое время снят, но затем снова введен в 2011 году. Sarah Barr, “Needle-Exchange Programs Face New Federal Funding Ban,” Kaiser Health News (blog), December 21, 2011, https://khn.org/news/needle-exchange-federal-funding/. Об исследованиях: “Syringe Services Programs (SSPs) FAQs,” CDC

(website), updated May 23, 2019, https://www.cdc.gov/ssp/syringe-services-programs-faq.html.

Вернуться

880

Доказательства эффективности налоксона, проверки чистоты наркотиков и обмена шприцев весьма убедительны и поддержаны Центром по контролю и профилактике заболеваний США: “CDC Health Alert Advisory: Increase in Fatal Drug Overdoses across the United States Driven by Synthetic Opioids before and during the COVID-19 Pandemic,” CDC Health Alert Network, December 17, 2020, https://emergency.cdc.gov/han/2020/pdf/CDC-HAN-00438.pdf; “Reverse Overdose to Prevent Death,” CDC (website), updated October 2, 2020, https://www.cdc.gov/drugoverdose/prevention/reverse-od.html; “Syringe Services Programs (SSPs) Fact Sheet,” CDC (website), May 23, 2019, https://www.cdc.gov/ssp/syringe-services-programs-factsheet.html. Вопрос о помещениях для безопасного употребления не так однозначен, но в их поддержку тоже убедительные свидетельства: Overdose Prevention in New York City: Supervised Injection as a Strategy to Reduce Opioid Overdose and Public Injection (New York: New York City Health, 2018), https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/public/supervised-injection-report.pdf.

Вернуться

881

Szalavitz, Undoing Drugs, гл. 13. Andrew Tatarsky, G. Alan Marlatt, “State of the Art in Harm Reduction Psychotherapy: An Emerging Treatment for Substance Misuse,” Journal of Clinical Psychology 66, no. 2 (2010): 117–122, https://doi.org/10.1002/jclp.20672.

Вернуться

882

Mark Sobell, Linda C. Sobell, “It Is Time for Low-Risk Drinking Goals to Come Out of the Closet,” Addiction 106, no. 10 (October 2011): 1715–1774, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.2011.03509.x. К примеру, медикаментозное лечение приносит пользу людям, которые не хотят или не могут проходить психотерапию. Kathleen M. Carroll, Roger D. Weiss, “The Role of Behavioral Interventions in Buprenorphine Maintenance Treatment: A Review,” American Journal of Psychiatry 174, no. 8 (August 2017): 738–747, https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16070792. Stephen A. Martin et al., “The Next Stage of Buprenorphine Care for Opioid Use Disorder,” Annals of Internal Medicine 169, no. 9 (October 23, 2018): 628–635, https://doi.org/10.7326/M18–1652. На самом деле, эта практика входит в официальные рекомендации для сертифицированных программ лечения зависимости в штате Нью-Йорк: Marc Manseau, Standards for Person-Centered Medication Treatment at OASAS Certified Programs (Albany: New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, 2019), https://oasas.ny.gov/system/files/documents/2019/10/medical-standards-for-certified-programs.pdf.

Вернуться

883

Это моя собственная и, безусловно, несовершенная трактовка описаний стратегии минимизации вреда на основе ведущих стейкхолдеров этого подхода. См. “Principles of Harm Reduction,” National Harm Reduction Coalition (website), accessed March 5, 2021, https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/; “About HRI,” Harm Reduction International (website), accessed March 5, 2021, https://www.hri.global/about. Более подробный критический разбор минимизации вреда как философской системы см. в работах Helen Keane, “Critiques of Harm Reduction, Morality and the Promise of Human Rights,” International Journal of Drug Policy 14, no. 3 (2003): 227–232, https://doi.org/10.1016/S0955–3959(02)00151–2;; Bernadette Pauly, “Harm Reduction through a Social Justice Lens,” International Journal of Drug Policy 19, no. 1 (2008): 4–10, https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.11.005;

Tara Marie Watson et al., “Critical Studies of Harm Reduction: Overdose Response in Uncertain Political Times,” International Journal of Drug Policy 76 (2020): 102615, https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.102615.

Вернуться

884

Результатом этой риторики стал, например, печально известный закон о борьбе с преступностью 1994 года: Dan Baum, “Epilogue: Night and Day: 1993–1994,” в кн. Smoke and Mirrors, 329–337. О продолжающемся сопротивлении минимизации вреда в лечении и исследованиях в 1990х см. Campbell, OD, 174–181.

Вернуться

885

Гил Керликовски, интервью Майклу Мартину: “Drug Control Policy Director Talks Prevention,” NPR, July 16, 2010, https://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=128567349; Amanda Gardner, “White House Drug Policy Shifts Strategy,” MedicineNet, April 17, 2012, https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=157198; Zachary A. Siegel, “We’ve Been Fighting the Drug War for 50 Years. So Why Aren’t We Winning?” Appeal, June 4, 2018, https://theappeal.org/weve-been-fighting-the-drug-war-for-50-years-so-why-arent-we-winning/.

Вернуться

886

Audie Cornish, “Congress Ends Ban on Federal Funding for Needle Exchange Programs,” NPR, January 8, 2016, https://www.npr.org/2016/01/08/462412631/congress-ends-ban-on-federal-funding-for-needle-exchange-programs. Об исследованиях налоксона: Campbell, OD, 181

Вернуться

887

“Federalizing Medical Campaigns against Alcoholism and Drug Abuse,” Milbank Quarterly 91, no. 1 (March 2013): 140–147; Matthew Pembleton, Containing Addiction: The Federal Bureau of Narcotics and the Origins of America’s Global Drug War (Amherst: University of Massachusetts Press, 2017), 289–290; John E. Helzer, “Significance of the Robins et al. Vietnam Veterans Study,” American Journal on Addictions 19, no. 3 (May—June 2010): 218–221, https://doi.org/10.1111/j.1521–0391.2010.00044.x.

Вернуться

888

Lee N. Robins et al., “Vietnam Veterans Three Years after Vietnam: How Our Study Changed Our View of Heroin,” American Journal on Addictions 19, no. 3 (May—June 2010): 203–211, https://doi.org/10.1111/j.1521–0391.2010.00046.x; Eric C. Schneider, Smack: Heroin and the American City (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2013), 162–163.

Вернуться

889

Джерри Джаффе, интервью Нэнси Кэмпбелл, 1988, Oral History of Substance Abuse Research Project, Bentley Historical Library, University of Michigan, Ann Arbor. Другие полезные обзоры исследований: Robins et al., “Vietnam Veterans”; Wayne Hall, Megan Weier, “Lee Robins’ Studies of Heroin Use among US Vietnam Veterans,” Addiction 112, no. 1 (2017): 176–180, https://doi.org/10.1111/add.13584; Jerome H. Jaffe, “A Follow-Up of Vietnam Drug Users: Origins and Context of Lee Robins’ Classic Study,” American Journal on Addictions 19, no. 3 (May 2010): 212–214, https://doi.org/10.1111/j.1521–0391.2010.00043.x.

Вернуться

890

Robins et al., “Vietnam Veterans,” 206. The key 1970s papers: Lee N. Robins, “A Follow-up Study of Vietnam Veterans’ Drug Use,” Journal of Drug Issues 4, no. 1 (January 1974): 61–63, https://doi.org/10.1177/002204267400400107; Lee N. Robins, Darlene H. Davis, Donald W. Goodwin, “Drug Use by U. S. Army Enlisted Men in Vietnam: A Follow-Up on Their Return Home,” American Journal of Epidemiology 99, no. 4 (April 1, 1974): 235–249, https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a121608; Lee N. Robins, Darlene H. Davis, David N. Nurco, “How Permanent Was Vietnam Drug Addiction?” American Journal of Public Health 64, no. S12 (December 1974): 38–43, https://doi.org/10.2105/AJPH.64.12_Suppl.38; Lee N. Robins, “Narcotic Use in Southeast Asia and Afterward: An Interview Study of 898 Vietnam Returnees,” Archives of General Psychiatry 32, no. 8 (August 1975): 955–961, https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260019001.

Вернуться

891

Robins, Davis, and Goodwin, “Drug Use,” 242–243.

Вернуться

892

Robins et al., “Vietnam Veterans,” 207.

Вернуться

893

Jaffe, “A Follow-up of Vietnam Drug Users,” 213.

Вернуться

894

К примеру, с помощью таких иструментов, как Критерии Фейгнера и Исследовательские диагностические критерии, которые легли в основу Диагностического и статистического руководства по психическим расстройством – крупнейшего современного справочника диагностических критериев. Kenneth S. Kendler, Rodrigo A. Muñoz, and George Murphy, “The Development of the Feighner Criteria: A Historical Perspective,” American Journal of Psychiatry 167, no. 2 (2010): 134–142.

Вернуться

895

Чтобы удовлетворить критериям Робинс, испытуемые должны были соответствовать трем из следующих пунктов: 1) частота употребления, 2) наличие симптомов абстиненции, 3) продолжительность абстиненции, и 4) собственное признание наличия зависимости. Разумеется, собственное признание наличия зависимости могло просто отражать распространенное представление об аддиакции как наличии толерантности и физической зависимости и не включать в себя субъективное ощущение потери контроля. Robins, “Narcotic Use in Southeast Asia and Afterward,” 955.

Вернуться

896

Об основных принципах и устойчивости народных представлений о зависимости см. E. Mansell Pattison, Mark B. Sobell, and Linda C. Sobell, Emerging Concepts of Alcohol Dependence (New York: Springer, 1977), 10. Robin Room, “Social Science Research and Alcohol Policy Making,” в кн. Alcohol: The Development of Sociological Perspectives on Use and Abuse, ed. Paul Roman (New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies, 1991), 311–335.

Вернуться

897

E. M. Jellinek, “Phases in the Drinking History of Alcoholics: Analysis of a Survey Conducted by the Official Organ of Alcoholics Anonymous,” Quarterly Journal of Studies on Alcohol 7, no. 1 (1946): 1–88, https://doi.org/10.15288/QJSA.1946.7.1; E. M. Jellinek, “Phases of Alcohol Addiction,” Quarterly Journal of Studies on Alcohol 13, no. 4 (1952): 673–684, https://doi.org/10.15288/qjsa.1952.13.673. См. также Trysh Travis, Language of the Heart (Chapel Hill: University of North Carolina, 2009), 38–39; Robin Room, “Governing Images of Alcohol and Drug Problems: The Structure, Sources, and Sequels of Conceptualizations of an Intractable Problem” (PhD diss., University of California, Berkeley, 1978), 55–57; Ron Roizen, “The Great Controlled-Drinking Controversy,” в кн. Recent Developments in Alcoholism, vol. 5, ed. Marc Galanter (New York: Plenum, 1987), 257–259.

Вернуться

898

M. M. Glatt, “Group Therapy in Alcoholism,” British Journal of Addiction 54, no. 2 (1958): 133–148.

Вернуться

899

Это заметили и другие исследователи, см., к примеру, John Crowley, ed., Drunkard’s Progress: Narratives of Addiction, Despair, and Recovery (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999), 1, 20.

Вернуться

900

Room, “Governing Images of Alcohol and Drug Problems,” 55–56. См., к примеру, “Stages of Alcoholism,” Hazelden Betty Ford Foundation (website), March 13, 2019, https://www.hazeldenbettyford.org/articles/stages-of-alcoholism.

Вернуться

901

George Vaillant, The Natural History of Alcoholism (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1983).

Вернуться

902

Bridget F. Grant et al., “Prevalence and Co-Occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions,” Archives of General Psychiatry 61, no. 8 (August 1, 2004): 807–816, https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.8.807; Harry Man Xiong Lai et al., “Prevalence of Comorbid Substance Use, Anxiety and Mood Disorders in Epidemiological Surveys, 1990–2014: A Systematic Review and Meta-Analysis,” Drug and Alcohol Dependence 154 (September 1, 2015): 1–13, https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031. Отдельные исследования оценивают уровень коморбидности как близкий или даже равный 100 %: Rosemary E. F. Kingston, Christina Marel, and Katherine L. Mills, “A Systematic Review of the Prevalence of Comorbid Mental Health Disorders in People Presenting for Substance Use Treatment in Australia,” Drug and Alcohol Review 36, no. 4 (2017): 527–539, https://doi.org/10.1111/dar.12448.

Вернуться

903

Ronald C. Kessler et al., “Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication,” Archives of General Psychiatry 62, no. 6 (June 1, 2005): 617–627, https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617. О кросскультурных исследованиях, также выявивших высокий уровень коморбидности, см. Oleguer Plana-Ripoll et al., “Exploring Comorbidity within Mental Disorders among a Danish National Population,” JAMA Psychiatry 76, no. 3 (March 1, 2019): 259, https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3658;

Annika Steffen et al., “Mental and Somatic Comorbidity of Depression: A Comprehensive Cross-Sectional Analysis of 202 Diagnosis Groups Using German Nationwide Ambulatory Claims Data,” BMC Psychiatry 20, no. 1 (March 30, 2020): 142, https://doi.org/10.1186/s12888–020–02546–8.

Вернуться

904

Jalie A. Tucker, Susan D. Chandler, and Katie Witkiewitz, “Epidemiology of Recovery from Alcohol Use Disorder,” Alcohol Research 40, no. 3 (2020): 2, https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.02.

Вернуться

905

Gene M. Heyman, “Addiction and Choice: Theory and New Data,” Frontiers in Psychiatry 4 (2013), https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00031.

Вернуться

906

Gene M. Heyman, Addiction: A Disorder of Choice (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2009), 67–83. По оценкам исследований, шансы на то, что серьезное расстройство употребления перейдет в стадию ремиссии в течение жизни, невероятно высоки: 83,7 % для никотина, 90,6 % для алкоголя, 97,2 % для каннабиса и 99,2 % для кокаина. Catalina Lopez-Quintero et al., “Probability and Predictors of Remission from Life-Time Nicotine, Alcohol, Cannabis or Cocaine Dependence: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions,” Addiction 106, no. 3 (2011): 657–669, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.2010.03194.x. См. также Wilson M. Compton et al., “Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions,”

Archives of General Psychiatry 64, no. 5 (2007): 566–576, https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.566.

Вернуться

907

Jerome C. Wakefield, Mark F. Schmitz, “The Harmful Dysfunction Model of Alcohol Use Disorder: Revised Criteria to Improve the Validity of Diagnosis and Prevalence Estimates,” Addiction 110, no. 6 (June 2015): 931–942, https://doi.org/10.1111/add.12859. Jerome C. Wakefield, Mark F. Schmitz, “Corrigendum: How Many People Have Alcohol Use Disorders? Using the Harmful Dysfunction Analysis to Reconcile Prevalence Estimates in Two Community Surveys,” Frontiers in Psychiatry 5, no. 144 (2014), https://doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00144.

Вернуться

908

Scott Vrecko, “Birth of a Brain Disease: Science, the State and Addiction Neuropolitics,” History of the Human Sciences 23, no. 4 (August 2010): 52–67, https://doi.org/10.1177/0952695110371598. Об открытии опиоидных рецепторов в целом см. David Healy, The Creation of Psychopharmacology (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2002), 211.

Вернуться

909

Nancy D. Campbell, Discovering Addiction: The Science and Politics of Substance Abuse Research (Ann Arbor: University of Michigan Press, 2007), 211.

Вернуться

910

David Healy, “Twisted Thoughts and Twisted Molecules,” in The Creation of Psychopharmacology (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2002), 210.

Вернуться

911

Candace B. Pert, Solomon H. Snyder, “Opiate Receptor: Demonstration in Nervous Tissue,” Science 179, no. 4077 (March 1973): 1011–1014, https://doi.org/10.1126/science.179.4077.1011.

Вернуться

912

В 1978 году Снайдер, Хьюз и Костерлиц, но не Перт, получили одну из самых престижных наград в области медицины – премию Ласкера. Перт возражала против такого решения, заявила, что она была автором работы и боролась за признание своих заслуг, несмотря на сопротивление Снайдера и то, что он угрожал убрать ее из соавторов, и это разрослось в международный скандал, в котором звучали отголоски и других случаев, когда мужчины присваивали себе научные заслуги женщин, например Кэтрин Джонсон и Розалинд Франклин. “Lasker Award Stirs Controversy,” Science 203, no. 4378 (January 1979): 341, https://doi.org/10.1126/science.216074.

Вернуться

913

Campbell, Discovering Addition, 210. Also Nancy D. Campbell, “Multiple Commitments: Heterogeneous Histories of Neuroscientific Addiction Research,” в кн. The Routledge Handbook of Philosophy and Science of Addiction, ed. Hanna Pickard and Serge H. Ahmed (New York: Routledge, 2019), 240–250.

Вернуться

914

A. Goldstein, “Opioid Peptides (Endorphins) in Pituitary and Brain,” Science 193, no. 4258 (September 1976): 7, https://doi.org/10.1126/science.959823.

Вернуться

915

Harold M. Schinieck Jr., “Opiate-Like Substances in Brain May Hold Clue to Pain and Mood,” New York Times, October 2, 1977, https://www.nytimes.com/1977/10/02/archives/opiatelike-substances-in-brain-may-hold-clue-to-pain-and-mood.html.

Вернуться

916

Julie Deardorff, “Chasing Facts on Runners’ High,” Chicago Tribune, October 10, 2003, https://www.chicagotribune.com/news/ct-xpm-2003–10–12–0310120504-story.html.

Вернуться

917

William S. Burroughs Jr., Cursed from Birth, ed. David Ohle (Brooklyn: Soft Skull Press, 2006), 190.

Вернуться

918

Eric J. Nestler, “Historical Review: Molecular and Cellular Mechanisms of Opiate and Cocaine Addiction,” Trends in Pharmacological Sciences 25, no. 4 (April 2004): 210–218, https://doi.org/10.1016/j.tips.2004.02.005. «Ранние исследования [рецепторов] не выявили устойчивых

изменений в опиоидных рецепторах, транспортерах моноаминовых или иных клетках, которые могут отвечать за развитие толерантности и физической зависимости от наркотиков».

Вернуться

919

Solomon H. Snyder, “You’ve Come a Long Way, Baby!” in The Opiate Receptors, ed. Gavril W. Pasternak (New York: Springer, 2010), 4. См. также Nancy D. Campbell, OD: Naloxone and the Politics of Overdose (Cambridge, MA: MIT Press, 2019), 43–44.

Вернуться

920

Donald Goodwin, Is Alcoholism Hereditary? One in Six Families in America Is Affected by Alcoholism. Here Is the Answer to Their Most Pressing Question (New York: Random House, 1988).

Вернуться

921

См., например, Margot Slade, Wayne Biddle, “Ideas and Trends; Inheriting Alcoholism,” New York Times, July 25, 1982, https://www.nytimes.com/1982/07/25/weekinreview/ideas-and-trends-inheriting-alcoholism.html; Lucinda Franks, “A New Attack on Alcoholism,” New York Times, October 20, 1985, https://www.nytimes.com/1985/10/20/magazine/a-new-attack-on-alcoholism.html; Sandra Blakeslee, “Scientists Find Key Biological Causes of Alcoholism,” New York Times, https://www.nytimes.com/1984/08/14/science/scientists-find-key-biological-causes-of-alcoholism.html.

Вернуться

922

Andrew Purvis, “Medicine: DNA and the Desire to Drink,” Time, April 30, 1990, http://content.time.com/time/subscriber/article/0,33009,969965,00.html.

Вернуться

923

Stanton Peele, “Second Thoughts about a Gene for Alcoholism,” Atlantic, August 1990, https://www.peele.net/lib/atlcgene.html. См. также Gabor Maté, “It’s Not in the Genes,” в кн. In the Realm of Hungry Ghosts (Berkeley: North Atlantic Books, 2010), 211–231, где более подробно обсуждаются генетические теории.

Вернуться

924

К примеру, в 1989 году вышла книга Нэн Робертсон «Выздоровление» («Getting Better”), в которой почти вся глава о медицинских исследованиях, носящая название «Болезнь», посвящена тому, что генетика якобы подтверждает понимание зависимости как болезни. Nan Robertson, Getting Better: Inside Alcoholics Anonymous (New York: William Morrow, 1988), 183–209.

Вернуться

925

William R. Miller, David J. Atencio, “Free Will as a Proportion of Variance,” в кн. Are We Free? Psychology and Free Will, ed. John Baer, James C. Kaufman, Roy F. Baumeister (New York: Oxford University Press, 2008), 275–295.

Вернуться

926

A. Agrawal et al., “The Genetics of Addiction – a Translational Perspective,” Translational Psychiatry 2, no. 7 (July 2012): e140, https://doi.org/10.1038/tp.2012.54; Mary-Anne Enoch, “Genetic Influences on the Development of Alcoholism,” Current Psychiatry Reports 15, no. 11 (November 2013): 412, https://doi.org/10.1007/s11920–013–0412–1; Dana B. Hancock et al., “Human Genetics of Addiction: New Insights and Future Directions,” Current Psychiatry Reports 20, no. 2 (March 2018): 8, https://doi.org/10.1007/s11920–018–0873–3; Richard C. Crist, Benjamin C. Reiner, Wade H. Berrettini, “A Review of Opioid Addiction Genetics,” в кн. “Genetics,” special issue, Current Opinion in Psychology 27 (June 2019): 31–35, https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.07.014.

Вернуться

927

Robert Plomin, цит. по Charles C. Mann, “Behavioral Genetics in Transition: A Mass of Evidence – Animal and Human – Shows That Genes Influence Behavior. But the Attempt to Pin Down Which Genes Influence Behaviors Has Proved Frustratingly Difficult,” Science 264, no. 5166 (June 17, 1994): 1686–1690, https://doi.org/10.1126/science.8209246.

Вернуться

928

Keith Humphreys et al., “Brains, Environments, and Policy Responses to Addiction,” Science 356, no. 6344 (June 2017): 1237–1238, https://doi.org/10.1126/science.aan0655.

Вернуться

929

Friedrich-Wilhelm Kielhorn, “The History of Alcoholism: Bruühl-Cramer’s Concepts and Observations,” Addiction 91, no. 1 (January 1996): 123–124.

Вернуться

930

William B. Carpenter, On the Use and Abuse of Alcoholic Liquors, in Health and Disease (Philadelphia, 1855), 45, https://books.google.com/books?id=V-sPAAAAYAAJ; Thomas F. Babor and Richard J. Lauerman, “Classification and Forms of Inebriety: Historical Antecedents of Alcoholic Typologies,” в кн. Recent Developments in Alcoholism, vol. 4, ed. Marc Galanter (New York: Plenum, 1986), 113–144. Бабор обнаружил целых 39 различных систем классификации, опубликованных с 1850 по 1941 год.

Вернуться

931

E. M. Jellinek, The Disease Concept of Alcoholism (New York: Hillhouse Press, 1960), 36; Penny Booth Page, “E. M. Jellinek and the Evolution of Alcohol Studies: A Critical Essay,” Addiction 92, no. 12 (December 1997): 1619–1637, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.1997.tb02882.x; John F. Kelly, “E. M. Jellinek’s Disease Concept of Alcoholism,” Addiction 114, no. 3 (September 2018): 555–559, https://doi.org/10.1111/add.14400.

Вернуться

932

Thomas F. Babor, Raul Caetano, “Subtypes of Substance Dependence and Abuse: Implications for Diagnostic Classification and Empirical Research,” Addiction 101, no. S1 (2006): 104–110, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.2006.01595.x.

Вернуться

933

Victor M. Hesselbrock, Michie N. Hesselbrock, “Are There Empirically Supported and Clinically Useful Subtypes of Alcohol Dependence?” Addiction 101, no. S1 (2006): 97–103, https://doi.org/10.1111/j.1360–0443.2006.01596.x; Lia Nower et al., “Subtypes of Disordered Gamblers: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions,” Addiction 108, no. 4 (January 3, 2013): 789–98, https://doi.org/10.1111/add.12012.

Вернуться

934

Timothy D. Brewerton, Kathleen Brady, “The Role of Stress, Trauma, and PTSD in the Etiology and Treatment of Eating Disorders, Addictions, and Substance Use Disorders,” in Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders, ed. Timothy D. Brewerton, Amy Baker Dennis (New York: Springer, 2014), 379–404.

Вернуться

935

Lorenzo Leggio et al., “Typologies of Alcohol Dependence: From Jellinek to Genetics and Beyond,” Neuropsychology Review 19, no. 1 (2009): 115–129, https://doi.org/10.1007/s11065–008–9080-z; Mark Griffiths, “A ‘Components’ Model of Addiction within a Biopsychosocial Framework,” Journal of Substance Use 10, no. 4 (2005): 191–197, https://doi.org/10.1080/14659890500114359; Mark D. Griffiths and Michael Larkin. “Conceptualizing Addiction: The Case for a ‘Complex Systems’ Account,” Addiction Research & Theory 12, no. 2 (2004): 99–102, https://doi.org/10.1080/1606635042000193211; James MacKillop, Lara A. Ray, “The Etiology of Addiction,” в кн. Integrating Psychological and Pharmacological Treatments for Addictive Disorders, 1st ed., ed. James MacKillop et al., (New York: Routledge, 2017), 32–53, https://doi.org/10.4324/9781315683331–2; Matt Field, Nick Heather,

Reinout W. Wiers, “Indeed, Not Really a Brain Disorder: Implications for Reductionist Accounts of Addiction,” Behavioral and Brain Sciences 42 (2019): e9, https://doi.org/10.1017/S0140525X18001024.

Вернуться

936

Nick Haslam, “Psychiatric Categories as Natural Kinds: Essentialist Thinking about Mental Disorder,” Social Research 67, no. 4 (Winter 2000); Peter Zachar, Kenneth S. Kendler, “Psychiatric Disorders: A Conceptual Taxonomy,” American Journal of Psychiatry 164, no. 4 (April 2007): 557–565, https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.4.557; Kathryn Tabb, “Psychiatric Progress and the Assumption of Diagnostic Discrimination,” Philosophy of Science 82, no. 5 (December 2015): 1047–1058, https://doi.org/10.1086/683439.

Вернуться

937

Howard J. Shaffer et al., “Toward a Syndrome Model of Addiction: Multiple Expressions, Common Etiology,” Harvard Review of Psychiatry 12, no. 6 (2004): 367–374, https://doi.org/10.1080/10673220490905705; Paige M. Shaffer and Howard J. Shaffer, “Reconsidering Addiction as Syndrome” in Pickard and Ahmed, eds., Handbook of Philosophy and Science of Addiction, 106.

Вернуться

938

К такому выводу исследователь Джордж Вейллант пришел в 1995 году, переосмыслив десятилетия собственных исследований естественной истории алкоголизма. Он признал, что алкоголизм не является болезнью в строгом значении этого слова, в том смысле, что алкоголика невозможно отделить от остальных людей, что это состояние не вызывается четким набором биологических факторов,

однако он утверждал, что понятие болезни тем не менее может быть полезно в определенных целях, если не воспринимать его слишком серьезно. «Как свет является одновременно волной и частицей, так и алкоголизм может одновременно существовать и в виде непрерывного спектра проблем с пьянством, и в виде конкретного расстройства». George Vaillant, The Natural History of Alcoholism Revisited (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995), 376.

Вернуться

939

Richard Rohr, Breathing Underwater: Spirituality and the Twelve Steps (Cincinnati: St. Anthony Messenger Press, 2011), xviii. «Бессилие алкоголиков просто оказывается на виду».

Вернуться

940

Это, и в частности роль дорсального и вентрального полосатого тела, детально обсуждается в работе Marc Lewis, The Biology of Desire: Why Addiction Is Not a Disease (New York: Public Affairs, 2015), 126. См. также Barry J. Everitt and Trevor W. Robbins, “From the Ventral to the Dorsal Striatum: Devolving Views of Their Roles in Drug Addiction,” Neuroscience & Biobehavioral Reviews 37, no. 9 (November 2013): 1946–1954, https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.02.010; Oren Contreras-Rodríguez et al., “Ventral and Dorsal Striatum Networks in Obesity: Link to Food Craving and Weight Gain,” Biological Psychiatry 81, no. 9 (May 2017): 789–796, https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.11.020; Kent C. Berridge, “The Debate over Dopamine’s Role in Reward: The Case for Incentive Salience,” Psychopharmacology 191, no. 3 (April 2007): 391–431, https://doi.org/10.1007/s00213–006–0578-x; Kent C. Berridge, Morten L. Kringelbach, “Pleasure Systems in the Brain,” Neuron 86, no. 3 (May 2015).

Вернуться

941

“A Growing Impetus for Integration,” в кн. Facing Addiction in America: The Surgeon General’s Report on Alcohol, Drugs, and Health (Washington, DC: Office of the Surgeon General, 2016), chap. 6, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424857/.

Вернуться

942

Michael A. Hoge et al., “Mental Health and Addiction Workforce Development: Federal Leadership Is Needed to Address the Growing Crisis,” Health Affairs 32, no. 11 (November 2013): 2005–2012, https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0541. См. также “Addiction Treatment: Improving Quality and Capacity,” Shatterproof (website), accessed March 5, 2021, https://www.shatterproof.org/advocacy/federal-addiction-treatment-improving; ASAM Advocacy Roadmap: February 2020 (Washington, DC: American Society of Addiction Medicine, 2020), https://www.asam.org/docs/default-source/advocacy/asam_report_feb2020_final.pdf.

Вернуться

943

“Practitioner and Program Data,” SAMHSA (website), accessed March 5, 2021, https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/practitioner-resources/DATA-program-data; “Professionally Active Physicians,” Kaiser Family Foundation (website), updated September 2020, https://www.kff.org/other/state-indicator/total-active-physicians/. В число категорий медработников, которые имеют право получить такую лицензию, входят также практикующие медсестры и ассистенты врачей, и на февраль 2021 года лицензия есть примерно у 6 % от общего числа возможных кандидатов. См. также Justin Berk, “To Help Providers Fight the Opioid Epidemic, ‘X the X Waiver,’ ” Health Affairs

(blog), March 5, 2019, https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20190301.79453/full/.
Вернуться

944

Regina LaBelle, “Announcing President Biden’s New Team and Priorities at ONDCP,” American Academy of Addiction Psychiatry (website), February 4, 2021, https://www.p.org/announcing-president-bidens-new-team-and-priorities-at-ondcp/.
Вернуться

945

Cindy Parks Thomas et al., “Prescribing Patterns of Buprenorphine Waivered Physicians,” Drug and Alcohol Dependence 181 (December 1, 2017): 213–218, https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.10.002; Stacey C. Sigmon, “The Untapped Potential of Office-Based Buprenorphine Treatment,” JAMA Psychiatry 72, no. 4 (April 1, 2015): 395, https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2421.
Вернуться

946

Eliza Hutchinson et al., “Barriers to Primary Care Physicians Prescribing Buprenorphine,” Annals of Family Medicine 12, no. 2 (March 2014): 128–133, https://doi.org/10.1370/afm.1595. См. также Wendy Kissin et al., “Experiences of a National Sample of Qualified Addiction Specialists Who Have and Have Not Prescribed Buprenorphine for Opioid Dependence,” Journal of Addictive Diseases 25, no. 4 (November 2006): 91–103, https://doi.org/10.1300/J069v25n04_09; Cindy Parks Thomas et al., “Use of Buprenorphine for Addiction Treatment: Perspectives of Addiction Specialists and General Psychiatrists,” Psychiatric Services 59, no. 8 (August, 2008): 909–916, https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.8.909.
Вернуться

947

Примерно пол-литра.
Вернуться

948

William L. White and Ernest Kurtz, “The Varieties of Recovery Experience,” International Journal of Self-Help and Self Care 3, no. 1–2 (2006): 21–61; William L. White, “Addiction Recovery: Its Definition and Conceptual Boundaries,” Journal of Studies on Alcohol 33, no. 3 (October 2007): 229–241, https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015.
Вернуться

949

John F. Kelly et al., “Prevalence and Pathways of Recovery from Drug and Alcohol Problems in the United States Population: Implications for Practice, Research, and Policy,” Drug and Alcohol Dependence 181 (December 2017): 162–169, https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.028. По поводу «множества путей к выздоровлению» стоит отметить, что люди часто переключаются между разными источниками поддержки, что предполагает более динамический и нелинейный процесс, нежели подразумевает слово «путь».
Вернуться

950

https://www.smartrecovery.org
Вернуться

951

Jalie A. Tucker, Susan D. Chandler, Katie Witkiewitz, “Epidemiology of Recovery from Alcohol Use Disorder,” Alcohol Research 40, no. 3 (2020): 4–7.

Вернуться

952

Aaron L. Sarvet, Deborah Hasin, “The Natural History of Substance Use Disorders,” Current Opinion in Psychiatry 29, no. 4 (July 2016): 250–257, https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000257; Lauren A. Hoffman, Corrie Vilsaint, John F. Kelly, “Recovery from Opioid Problems in the US Population: Prevalence, Pathways, and Psychological Well-Being,” Journal of Addiction Medicine 14, no. 3 (June 2020): 207–216, https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000561. Следует иметь в виду, что людям с расстройством употребления опиоидов, которые обращаются за помощью, безусловно следует предлагать психотерапию, но их желание, принять или не принимать эту помощь не должно влиять на предоставление им медикаментозного лечения: “The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update,” Journal of Addiction Medicine 14, no. 2S (March 2020): 1–91, https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000633.

Вернуться

953

https://recoverydharma.org

Вернуться

954

О связи между исследованиями Собеллов и современным определением выздоровления см. Katie Witkiewitz et al., “What Is Recovery?” Alcohol Research: Current Reviews 40, no. 3 (September 2020).

Вернуться

955

Mark Sobell, Linda C. Sobell, “The Aftermath of Heresy: A Response to Pendery et al.’s (1982) Critique of ‘Individualized Behavior Therapy for Alcoholics,’ ” Behaviour Research and Therapy 22, no. 4 (1984): 413–440, https://doi.org/10.1016/0005–7967(84)90084–6.

Вернуться

956

William L. White, “Recovery: Old Wine, Flavor of the Month or New Organizing Paradigm?” Substance Use & Misuse 43, no. 12–13 (October 2008): 1987–2000, https://doi.org/10.1080/10826080802297518; Jason Schwartz, “Revisiting Recovery-Oriented Harm Reduction (Part 3),” Recovery Review (blog), May 17, 2019, https://recoveryreview.blog/category/recovery-oriented-harm-reduction/.

Вернуться

957

John F. Kelly, M. Claire Greene, Brandon G. Bergman, “Beyond Abstinence: Changes in Indices of Quality of Life with Time in Recovery in a Nationally Representative Sample of U. S. Adults,” Alcoholism, Clinical and Experimental Research 42, no. 4 (April 2018): 770–780, https://doi.org/10.1111/acer.13604. См. также Witkiewitz et al., “What Is Recovery?” 1, 7.

Вернуться

958

В частности, см. подробное обсуждение в Carl L. Hart, Drug Use for Grown-Ups: Chasing Liberty in the Land of Fear (New York: Penguin Press, 2021), гл. 4. Дополнительно о том, как теории зависимости, основанные на работе мозга, могут усиливать стигму: Bill White,

“Hijacked Brains & the Question of Social Stigma,” Selected Papers of William L. White (blog), September 13, 2013, http://www.williamwhitepapers.com/blog/2013/09/hijacked-brains-the-question-of-social-stigma.html. Примеры того, как в СМИ и маркетинге изменения мозга трактуются как необратимые, см. например в “Can We Reverse the Brain Damage That Drug Use Causes?” Discover, December 15, 2019, https://www.discovermagazine.com/mind/can-we-reverse-the-brain-damage-that-drug-use-causes; “Effects of Drugs and Alcohol on the Brain: Causes of Brain Damage,” American Addiction Centers (website), updated September 3, 2019, https://americanaddictioncenters.org/alcoholism-treatment/brain-damage.

Вернуться

959

Отдельный, но тесно связанный с этим вопрос – до какой степени повреждения мозга вызывают непосредственно употребляемые вещества. В любом случае самый токсичный для мозга наркотик – это алкоголь, а в целом подавляющее большинство повреждений мозга, связанных с зависимостью, вызываются не самими наркотиками, а последствиями их употребления: травмы, полученные в драках и при падении, гипоксические повреждения при передозировке, инфекции из-за нестерильных шприцев. Даже широко растиражированная прессой и рекламой реабилитационных центров гипотеза, согласно которой метамфетамин вызывает стойкие повреждения нейронов, не прошла проверку исследованиями. Carl L. Hart et al., “Is Cognitive Functioning Impaired in Methamphetamine Users? A Critical Review,” Neuropsychopharmacology 37, no. 3 (February 2012): 586–608, https://doi.org/10.1038/npp.2011.276. Также имеются научные данные о повреждениях кровеносных сосудов, вызванных кокаином, а также некоторым другими, менее распространенными наркотиками, например закисью азота: Michael B. Erwin et al., “Cocaine and Accelerated Atherosclerosis: Insights from Intravascular Ultrasound,” International Journal of Cardiology 93, no. 2 (2004): 301–303, https://doi.org/10.1016/S0167–5273(03)00170–0.

Вернуться

960

Marc Lewis, “Brain Change in Addiction as Learning, Not Disease,” New England Journal of Medicine 379, no. 16 (October 18, 2018): 1551–160, https://doi.org/10.1056/NEJMra1602872; Marc Lewis, “Addiction and the Brain: Development, Not Disease,” Neuroethics 10, no. 1 (May 18, 2017): 1–12, https://doi.org/10.1007/s12152–016–9293–4.

Вернуться

961

Colm G. Connolly et al., “Dissociated Grey Matter Changes with Prolonged Addiction and Extended Abstinence in Cocaine Users,” PloS ONE 8, no. 3 (2013): e59645, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059645. Другие исследования о биологических коррелятах выздоровления: Scott J. Moeller, Martin P. Paulus, “Toward Biomarkers of the Addicted Human Brain: Using Neuroimaging to Predict Relapse and Sustained Abstinence in Substance Use Disorder,” Progress в кн. Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry 80, part B (January 2018): 143–154, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5603350/; Ryan P. Bell, Hugh Garavan, John J. Foxe, “Neural Correlates of Craving and Impulsivity in Abstinent Former Cocaine Users: Towards Biomarkers of Relapse Risk,” Neuropharmacology 85 (October 2014): 461–470, https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.neuropharm.2014.05.011.

Вернуться

962

“IFS, an Evidence-Based Practice,” Foundation for Self Leadership, accessed February 25, 2021, https://foundationifs.org/news-articles/79-ifs-an-evidence-based-practice.

Вернуться

963

Tony R. Wang et al., “Deep Brain Stimulation for the Treatment of Drug Addiction,” Neurosurgical Focus 45, no. 2 (August 2018): E11, https://doi.org/10.3171/2018.5.FOCUS18163; “First Trial in US to Use Deep Brain Stimulation to Fight Opioid Addiction,” Medical Xpress, November 5, 2019, https://medicalxpress.com/news/2019–11-trial-deep-brain-opioid-addiction.html.

Вернуться

964

Lone Frank, The Pleasure Shock (New York: Penguin, 2018), 107–8.

Вернуться

965

Steven C. Hayes, A Liberated Mind (New York: Avery, 2019), 23.

Вернуться

966

William L. White, William Cloud, “Recovery Capital: A Primer for Addictions Professionals,” Counselor 9, no. 5 (2008), 29; Emily A. Hennessy, “Recovery Capital: A Systematic Review of the Literature,” Addiction Research & Theory 25, no. 5 (October 2017): 349–360, https://doi.org/10.1080/1606635.2017.1297990; William Cloud, Robert Granfield, “Conceptualizing Recovery Capital: Expansion of a Theoretical Construct,” Substance Use & Misuse 43, no. 12–13 (2008): 1971–86, https://doi.org/10.1080/10826080802289762; David Best, Alexandre B. Laudet, The Potential of Recovery Capital (Peterborough, UK: Citizen Power Peterborough, 2019), https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/The-Potential-of-Recovery-Capital.pdf.

Вернуться

967

Kelly, Greene, Bergman, “Beyond Abstinence.”
Вернуться