

звезда
telegram



ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

*и головы, которые
в них обитают*

КСЕНИЯ ИВАНЕНКО

18+

Звезда Telegram

Ксения Иваненко

**Психические расстройства и
головы, которые в них обитают**

«АСТ»

2018

УДК 61
ББК 5

Иваненко К.

Психические расстройства и головы, которые в них обитают
/ К. Иваненко — «АСТ», 2018 — (Звезда Telegram)

ISBN 978-5-17-106153-1

Мы привыкли считать депрессию блажью, тревожное расстройство – заморочками, психически больных – опасными инопланетянами, а психиатрические клиники – тюрьмами с особо изощрённой системой содержания. Но вна самом деле всё не так страшно и безысходно, а психические заболевания – это дисбаланс химических веществ в мозге, а не надуманные «отмазки» и не опасная «одержимость». Почему я так уверенно об этом говорю? Меня зовут Ксюша. Мне 25 лет и я не справляюсь с собственной жизнью. Врачи называют это «рекуррентная депрессия» и «пограничное расстройство личности». В психиатрическую клинику я легла по собственному желанию. Я попыталась максимально искренне и подробно рассказать свою историю в надежде на то, что смогу хотя бы немного изменить отношение нашего общества к расстройствам психики. Диагноз – не клеймо. Знакома читателя с пациентами больницы, я хочу разрушить стигматизацию психиатрии и доказать, что «психи» не чужды «нормальному» миру.

УДК 61
ББК 5

ISBN 978-5-17-106153-1

© Иваненко К., 2018

© АСТ, 2018

Содержание

Введение	6
Глава 1	8
Глава 2	17
Глава 3	27
Конец ознакомительного фрагмента.	34

Ксения Иваненко

Психические расстройства и головы, которые в них обитают

Введение

Многие привыкли считать депрессию блажью, тревожное расстройство – заморочками, психически больных – опасными инопланетянами, психиатрические клиники – тюрьмами с особо изощрённой системой содержания, а психиатров – опытными садистами. Но в действительности всё не так страшно и безысходно, а психические заболевания – это действительно заболевания с дисбалансом химических веществ в мозге, а не надуманные «отмазки» и не опасная «одержимость». Почему я так уверенно об этом говорю? Потому что с недавнего времени это моя жизнь. Но обо всём по порядку...

Меня зовут Ксюша. Мне 25 лет, и я не справляюсь с собственной жизнью. Врачи называют это «рекуррентная депрессия» и «пограничное расстройство личности». Рекуррентная – потому что она всегда возвращается. А расстройство – потому что я иначе, не в рамках нормы, воспринимаю себя и происходящее вокруг. В психиатрическую клинику я легла по собственному желанию.

Говорят, что человек ко всему привыкает, но за месяцы, проведённые в психушке, я так и не привыкла к жестокости реальности и абсурдности происходящего. Тем не менее, это место оказалось вовсе не таким пугающим, как описывают в книгах и фильмах. Оно своеобразное, тягучее, как плавленная крышка, и порой такое же чёрное из-за беспробудного сна. Но психушка закаляет, учит состраданию и лечит.

Все хотят быть счастливыми, и если ты сам будешь проявлять желание вылечиться, то шанс сойтись со своим врачом велик, и через какое-то время ты начнёшь выбираться из собственной трясины. Выбралась ли я? Не знаю. Я до сих пор чувствую этот гнилой запах, но ветерок свободы уже колыхает волосы, а солнышко адекватности иногда начинает припекать макушку.

В этой книге я попыталась максимально искренне и подробно рассказать свою историю в надежде на то, что смогу хотя бы немного изменить отношение нашего общества к расстройствам психики. Мне бы очень хотелось доказать своим примером, что диагноз – не клеймо. Знакома читателя с пациентами больницы, я хочу разрушить стигматизацию психиатрии и доказать, что «психи» не чужды «нормальному» миру.

Я надеюсь, что смогу вдохновить нуждающихся обратиться за помощью и перестать стесняться своего состояния. Родным пациентов я хочу показать, какой путь преодолевает человек, решившийся пройти курс лечения, и донести до них всю важность поддержки и понимания.

Я бы не смогла раскрыть всю глубину борьбы с психическими расстройствами без компетентного мнения моего психиатра – Моревой Александры Сергеевны. Она помогала мне разбираться в тонких нюансах психиатрии, давала ценнейшие комментарии на протяжении всей работы над текстом и позволила придать книге научной объективности.

Моё повествование было бы куда менее складным без усердия моего друга Александра Юдина. Именно он неустанно редактировал главу за главой, помогал советами и мотивировал писать дальше.

Конечно же, ничего не вышло бы без моих родителей и Олега Ермилова, которые создали все необходимые условия для комфортного творчества и не уставали поддерживать меня.

Наконец, я хочу выразить благодарность моему самому близкому человеку – Савве Михаеску. Он придал мне смелости начать писать книгу и не переставал верить в меня до самого конца.

Глава 1

Моя история

Как люди доходят до психушек? Кого-то привозят на «скорых» со вскрытыми венами и запирают в психосоматических отделениях, кого-то сдают сердобольные родственники, сумев доказать, что больной опасен для себя или общества, кто-то приходит сам. Я пришла сама. Как и все пациенты клиники, в которой я лежала.

Многие думают, что психиатрическая клиника – это обязательно жёлтые стены и заборы с колючей проволокой. На самом деле нет. Психушки бывают как государственными, так и частными, они могут находиться при институтах, а могут существовать самостоятельно, бывают стационары, диспансеры, а есть отделения в общесоматической сети. В некоторых больницах принимают «принудительных» пациентов, а в некоторых, как, например, в той, где лежала я, берут исключительно «добровольных».

Я пришла туда после десятилетнего самоличного заточения в плену собственных разрушающих мыслей и поступков. В попытках избавиться от внутренней боли я много лет намеренно причиняла себе увечья, билась головой о стену, резала руки и ноги, истязала себя и близких, мечтала о скорейшей смерти и всячески её приближала. Я верила, что у меня «неудачный период», что это зимняя хандра и что путешествие на море меня спасёт.

Я окончательно призналась в том, что у меня психические нарушения лишь осенью 2016 года, когда у меня начались галлюцинации. Тогда я поняла, что совсем себя потеряла, и обратилась за помощью.

Катарсис моего домашнего безумия случился в одно солнечное тихое утро. На днях Савва, мой любимый человек, разорвал наши семейные отношения. Он предложил остаться друзьями и некоторое время жить вместе, пока я не привыкну к нашему разрыву. Такое, казалось бы, абсурдное предложение было вполне уместно с учётом моей нестабильности и тяги к самоубийству. Даже в самые счастливые периоды я не могла полностью насладиться жизнью: что-то душило меня изнутри, обволакивало липким и тащило в нору депрессии.

В то утро я долго глядела в потолок, силясь найти хоть одну причину, чтобы не сброситься с крыши. Переведя взгляд, я заметила, что в центре комнаты стоит Савва. Абсолютно голый, он тяжело всматривался в сторону входной двери. Молчаливый, напряжённый, Савву тянуло туда, но его ноги корнями проросли в пол и не давали сдвинуться с места. Мне стало страшно, и я тихо подала голос:

– Милый, ты чего?

Но милый молчал и явно думал уйти из дома в чём мать родила. Я испугалась его безмолвия и всё спрашивала, что случилось, хотя понимала, что ему со мной и моей дурной психикой уже не по пути. Я пыталась как-то начать разговор, но, казалось, Савва от этого становился только грустнее:

– Савва, перестань, ложись обратно, прошу тебя.

– Да я тут, ты чего? – сонно ответил Савва и дотронулся до моего плеча.

Ещё несколько секунд я наблюдала за двумя версиями любимого человека. Но вскоре оригинал взял верх, и галлюцинации пришлось исчезнуть.

Но ужас от произошедшего ещё долго не покидал меня.

Да, я не видела монстров, растёкшейся лавы или Иисуса Христа. Кажется, в моём глуке нет ничего страшного. Но в том-то и опасность – такую галлюцинацию не хочется прогонять – ей хочется сварить кофе и собрать с собой обед на работу.

Савва бросил меня, я не могла с этим смириться. Я не была готова к разрыву, казалось, что дальше будет лишь мрак и непрерывная боль. Мозг попытался как-то это компенсиро-

вать и начал создавать двойников. Эта галлюцинация стала решающим фактором для госпитализации. Если бы я не решилась на это – уверена, пыталась бы наладить семейную жизнь с плодом воображения. Я испугалась и позвонила маме.

Разрыв с молодым человеком – пустяковый повод, чтобы съехать с катушек, скажете вы? Читайте дальше, надеюсь, я смогу объяснить вам природу собственного безумия.

Уже через 20 минут я сидела на нашей с Саввой кровати и рассказывала родителям, что жизнь кончилась. Я и раньше расставалась с парнями, кто-то бросал меня, кого-то я. Были даже пятилетние отношения, но молодой человек, к сожалению, сам довёл себя до шизофрении, и наше взаимодействие прекратилось. Я плакала, горевала, но всегда вырывалась и жила дальше, встречая новых людей. Тем не менее, мне всегда было тяжело. И так получалось, что я всегда на всё реагировала острее, чем окружающие. Обычно мои реакции были неуместными, избыточными: будь то проявление печали, радости или сострадания. Если в детстве я казалась, хоть и сообразительным, но капризным и непослушным ребёнком, то в подростковом возрасте я уже увязала в пугающих истериках, бесконечных слезах и крови из порезанных вен. Тогда ни я, ни моё окружение не знало, что такое «пограничное расстройство личности» и как воспринимать мои крайности. Да что уж там, слово «депрессия» тогда трактовалось только двумя образами: либо гротескное юношеское представление о томной печали, либо в качестве ироничной издёвки по отношению к любой маленькой и не очень грусти. Окружающие меня не понимали, родители, казалось, и не пытались понять. Сейчас, заднею мыслью, я осознаю, что это я сама их отталкивала, не давая себе помочь. Да и они сами не знали, с какого края ко мне подступиться и как мне помочь. В то время родители казались мне самыми далёкими и чёрствыми людьми. С возрастом это понемногу проходило, но я всё равно никогда не погружала их в свои переживания. До того момента, когда не смогла смириться с последним расставанием.

Три недели я убеждала себя, что со временем боль поутихнет, что это просто шок, всплеск, который продлится максимум пару дней. Да, будет больно ещё долго, думала я, но не так сильно, как в первые дни. Но боль только нарастала. Я была охвачена этой болью, она начала управлять мной. У меня случались истерики не только дома, но и в метро, на улице, при друзьях. Я просто не могла сдержаться, боль пронзала и выжигала. У меня жгло сердце, как в жидком азоте, а мозг плавился. Тогда-то и начались первые «видения». Сначала, как объяснили мне врачи, у меня появились иллюзии.

С периодичностью раз в пару часов мне что-то мерещилось на периферии. То машущие чёрные руки (скорее руки тени, нежели представителя негроидной расы), то падающие деревья, последними мне запомнились гадюки или червяки-переростки, вылезающие у меня из-под кровати. Если не обращать на них внимания, они продолжали ползти в мою сторону, их всё прибавлялось и прибавлялось, но стоило повернуть голову и посмотреть строго на них, как иллюзия рассыпалась.

Мне казалось, что рельсы в метро затягивают меня, я старалась не стоять близко к краю – боялась, что сорвусь. Я боялась ездить по центральному эскалатору, боялась некоторых песен и звуков, боялась острых предметов, я почти не ела, не могла толком спать, визуальные и слуховые искажения преследовали меня. Я сходила с ума.

Уже в больнице мне врач подробно объяснил, как отличить иллюзию от галлюцинации:

«Иллюзии – это когда ты смотришь на реально существующий объект/явление/действие, а видишь что-то другое. Галлюцинации же появляются там, где нет ни объекта, ни явления, ни действия. Например, смотришь на ковер, а вместо реально существующих узоров видишь жучков – это иллюзия. Смотришь на пустой стол и видишь на нем огромного зеленого жука – галлюцинация. То же самое с другими органами чувств. Слышишь в речи

двух прохожих свое имя – иллюзия. Слышишь внутри головы голос бога – галлюцинация». – Морева Александра Сергеевна, психиатр.

В периоды, когда расстройство овладевает всей моей жизнью, приходится ступать аккуратно-аккуратно, прощупывая воображаемой палкой каждый клочок паркета. Шажки должны быть маленькими, каждое действие должно быть просчитано, а каждый вдох обдуман. Той осенью степень моего психоза достигла своего предела, и мне стоило больших усилий окончательно не слететь с катушек. За пару дней до разговора с родителями я написала для себя краткую инструкцию по выживанию. Я зазубрила эти правила и верила, что если я буду чётко им следовать, то смогу сохранить остатки разума:

1. Не делай глубоких вдохов – закружится голова; не делай слишком коротких – начнётся психоз; ни в коем случае не задерживай дыхание – забудешь, как дышать, а спазм в горле ещё долго не пропустит спасительный глоток воздуха.

2. Телефон всегда держи в руках, иначе так и будет казаться, что он звонит. Чем ближе телефон, тем быстрее переключить опасную музыку. Рандомное воспроизведение хранит в себе слишком много подводных камней.

3. Не будь в душе более 7 минут, иначе звук воды начнёт оглушать и неминуемо подкосятся ноги – придётся отскребать своё тело от мокрой ванны.

4. Ни за что не ездь на средних эскалаторах. Ты окажешься между двумя лезвиями, они быстро избавят тебя от волос, затем от кожи, порежут даже череп на тонкие слайсы. Если тебе настолько не повезло и эскалатор окажется достаточно длинным, то лезвия нашинкуют твой мозг. На последней ступеньке ты забудешь, куда шла, и начнётся паническая атака. Только не звони Савве. Ты вспомнишь и куда шла, и где мост, и зачем тебе туда. Не звони ему, он этого не любит, мы же помним.

5. Твоим спасением могут стать выпуклые буквы на станциях метро, их лучше потрогать, они придают сил реальности. Но только не когда они с другой стороны путей. Будь осторожна.

6. Если не можешь выйти из дома и впадаешь в ступор от боли без возможности даже пошевелить рукой – кричи. Кричи что есть мочи в подушку – звук собственного крика вырвет тебя из стерильных лап страха и на время вернёт в реальность.

7. Брось нож. Просто брось нож и уйди с кухни.

8. Если галлюцинации не проходят в течение 5 минут и ты уже не уверена, что эти черви под кроватью – просто плод твоего еб**ого мозга, звони маме. Всё пропало.

Скорее всего, я бы так и не обратилась к родителям за помощью, не появилась той галлюцинации с Саввой в главной голой роли. В то утро я проводила Савву на работу, побилась в приступах жесточайшей истерики несколько часов, чуть не сорвала себе голос от рыданий, которые уже переросли в хрипы, и позвонила родителям:

– Алло, – ответила мама на другом конце провода.

– Привет, мам, – я собрала всю волю в кулак и сумела произнести первые слова без всхлипов.

– Привет, Ксюш, – поздоровалась мама.

Что говорить дальше? С чего начать? Как объяснить, что мне плохо? Как рассказать о случившемся? Какие подобрать слова? Как донести важность ситуации?

– Мам, мне очень плохо, – плотину прорвало, и дальше я уже говорила через лавину слёз. – Мы расстались. Мама, я так больше не могу, я не могу-у-у-у.

– Господи, Ксюшенька, мы сейчас приедем. Саша, вызывай срочно такси, – уже в сторону нервно, громко говорит мама моему отцу. – Мы через пятнадцать минут будем.

Мне сразу стало легче. Я собралась, даже как будто выше немного стала – видимо, последние дни ходила совсем сгорбленная. На скорую руку убралась в квартире, вылезла из

пижамы в домашнюю одежду. И стала ждать. Стояла посередине коридора и прислушивалась – сердце так громко бухалось куда-то в сторону ног, что я боялась не расслышать звонок.

Рассказывать было особо нечего, да у меня и не было сил. Я сидела на нашей огромной кровати. Наша первая совместная покупка, такая огромная и уютная, только наша. Я не знала, уместно ли теперь использовать это местоимение – наша. Родители сидели передо мной на стульях, я ёжилась в углу, что-то мямлила. Мама серьёзно и немного испуганно меня успокаивала, папа по большей части, ещё более испуганно, чем мама, молчал.

– Я не смогу жить с этой болью. Я больше не могу её терпеть, – капитулированно призналась я.

– Давай куда-нибудь звонить, – предложила мама, – Давай говорить с психологами.

– Тут скорее психиатр нужен, – объяснила я.

– Ну, хорошо, ты знаешь, куда обратиться? – конструктивно вступил папа.

– У меня есть знакомые врачи, я могу спросить, что делать в таких случаях.

Я понимала, в чём отличие психолога от психиатра, но не знала, зачем разделяют две специальности – психиатра и психотерапевта, ведь у них одна роль – вести медикаментозную и клиническую терапию. Как мне объяснил мой нынешний психотерапевт, это не совсем так – по крайней мере, в гуманистических подходах.

«Роль психиатра и психотерапевта стараются не совмещать из-за риска возникновения двойных отношений. У психиатра и терапевта довольно разные роли: первый выступает в директивной, очень активной позиции, его цель – избавление пациента от страданий и стойкая ремиссия. Второй, терапевт – имеет дело с клиентом и состоит с ним в отношениях, которые можно описать партнёрскими. У терапевта и клиента общая цель – создание поддерживающих отношений, опираясь на которые пациент сможет наблюдать свой процесс переживания, разобидеться в нём и, совместно с терапевтом, выработать новые, более продуктивные и жизнеспособные инструменты и стратегии преодоления. Поэтому часто психиатр и психотерапевт – это разные специалисты, однако бывает (и это хороший вариант), что они ведут пациента/клиента совместно, то есть с согласия самого пациента обсуждают анамнез и клиническую картину для выработки стратегии терапии, учитывающей все особенности его состояния». – Анна, практикующий психотерапевт.

Таким образом, существуют три отдельных специалиста: психиатр, психотерапевт и психолог, который также способен оказать помощь больному. Не стоит путать их роли.

1. Психиатр – это специалист с высшим медицинским образованием. Это врач, который имеет право вести врачебную практику в целом, выбравший своей специализацией «психиатрию». Он занимается непосредственно врачебной деятельностью – лечит. Соответственно, в его арсенале присутствует в основном медикаментозное лечение, то есть – лекарства.

2. Психотерапевт может быть как врачом (психиатр-психотерапевт), так и психологом, прошедшим соответствующую подготовку. Его основная работа заключается в непосредственной работе «словом», воздействии на психику и через психику на организм больного. Работа ориентирована на личность и личностные изменения, а не на тот или иной симптом болезни. При этом, если психотерапевт имеет психиатрическое образование, он также может использовать медикаментозный метод лечения, но обычно психотерапевт и психиатр – два отдельных человека, работающих с одним пациентом.

3. Психолог может иметь высшее психологическое образование либо окончить курсы. Его работа в первую очередь направлена больше на решение социальных, межличностных проблем. Он не врач и не имеет права лечить.

Подытожим: психиатр лечит болезнь, психотерапевт работает с личностью, а психолог – с межличностными конфликтами (в зависимости от его квалификации, зоны могут быть расширены).

Общий вклад всех трёх специалистов в реабилитацию пациентов нельзя переоценить. Очень важна всесторонняя работа. При этом, к сожалению, в нашем меркантильном мире очень многие «специалисты» стараются делать деньги на людях, которым необходима помощь именно психиатра. Нужно прекрасно понимать, что существует множество ситуаций, в которых не помогут ни тестовые методики, ни психотерапевтические беседы без совмещения с лечением медикаментозным. Поэтому очень часто пациенты проходят множество инстанций, прежде чем попасть к тому, чьей функцией является непосредственная помощь в данном конкретном случае.

Когда мне было около 20 лет я обратилась за помощью к психологу. Через несколько сеансов она поняла, что у меня суицидальная настроенность, и посоветовала обратиться к психотерапевту. Тогда меня очень задело, что мой психолог отказался меня вести. Но зато это был для меня урок, в ходе которого я запомнила, что у каждого специалиста своя зона ответственности.

За свою недолгую жизнь я успела обзавестись прекрасными разносторонними друзьями, которые не раз меня выручали в самых разнообразных ситуациях. На этот раз меня спасла замечательная Александра. Саша закончила МГУ, защитившись на кафедре нейро- и патопсихологии. Нейропсихология – это про связь структуры и функционирования мозга с психическими процессами и поведением человека (и не только!), а патопсихология изучает различные расстройства психических процессов психологическими методами, путём анализа и сопоставления «больного» поведения с состоянием человека в норме. Закончив университет, Саша устроилась медицинским психологом в крупную психиатрическую клинику, где занималась диагностикой.

Как ни странно, с Сашей мы познакомились не на почве моего заболевания, а на курсах английского языка. После занятий мы любили сидеть в кафе, и я призналась ей, что пыталась покончить с собой. Саша посмотрела на моё запястье левой руки. На тот момент кожа там напоминала штрихкод из рубцов. Мне хорошо запомнился её возглас негодования:

– Боже, да зачем же так много?! – имея в виду количество попыток.

Я написала Саше о своей проблеме, и она сразу откликнулась. Я понимала, что в моём состоянии никакие врачи мне амбулаторно (то есть на дому) помочь не смогут, я обратилась к подруге с конкретным вопросом: куда лучше лечь на лечение? Пообещав проконсультироваться с коллегами, она дала мне подробный ответ через пару дней, перечислив три лучших учреждения в Москве. Опущу названия клиник, чтобы мои слова не сочли рекламой.

Я ознакомилась с информацией на сайтах больниц, почитала отзывы и остановила свой выбор на наиболее подходящей. Началась подготовка к госпитализации. Для начала стоило зайти в ПНД (психоневрологический диспансер) по месту прописки и получить оттуда направление. Можно было бы пропустить этот шаг, но тогда бы не вышло лечь в клинику на бюджетной основе. К слову, месяц нахождения в подобных местах стоит примерно 50 000 рублей. Саша предупредила, что обычно кладут примерно на 2 месяца.

Я быстро нашла в Интернете, к какому ПНД я прикреплена по прописке, позвонила, чтобы узнать, когда мне лучше прийти, и уже на следующий день поехала за направлением.

В коридоре диспансера на первом этаже от кабинета к кабинету тыкались растерянные люди. Они перебирали бумажки в руках, сверялись с надписями на стенах и занимали

очереди. Подойдя к регистратуре, я увидела большую табличку, гласившую, что обслуживание производится исключительно по талонам. Обернувшись, я наткнулась на аппарат по их выдаче. На скотч к нему был прикреплен выдернутый из тетради лист, на котором размашистым почерком было выведено: «Автомат не работает». Я сунулась обратно в регистратуру.

– Здравствуйте, я бы хотела узнать, в каком кабинете принимает мой врач, – спросила я женщину за окошком и протянула свой паспорт с полисом.

– Права или оружие? – гавкнула женщина.

– Что, простите?

– Я спрашиваю, тебе оружие нужно?!

– Эээ... Что? Нет.

– Справка для прав?

– Нет-нет, мне нужно на приём к психиатру.

– Зачем? Какие-то проблемы?

Для ответа приходилось нагибаться к окошку и исподлобья заглядывать в глаза женщины, которую не смущала ни неуместность вопросов, ни образующаяся за мной очередь.

– Да, есть ряд проблем.

– Ну и что там у тебя могло случиться?

– Я бы хотела обсудить этот вопрос с врачом, а не в коридоре, – меньше всего мне хотелось рассказывать о своих переживаниях наглой чужой женщине за стеклом.

– Да господи, в третьем кабинете он.

Возле кабинета сидело человек 10. Спросив, кто последний, я присела и стала ждать своей очереди. Каждого пациента врач принимал от 10 до 40 минут, постоянно заходили медсёстры, уносили и приносили карты, стучали пациенты, которые «только спросить», вперёд пропускали бабушек, которым «только подписать». И ко времени, как начала подходить моя очередь, прошло уже почти 4 часа, а за мной прибавилось человек 5, стремящихся попасть на приём. В основном это были желающие получить справку для прав и пожилые люди за обновлением рецепта. В 14:00 из кабинета вышла медсестра и сообщила, что врач сегодня больше не принимает, следующий приёмный день – послезавтра. На смену моему врачу заступал другой, и к нему, как оказалось, уже выстроилась своя очередь из новых людей. Я ворвалась в кабинет и обратилась с пожилому мужчине в халате с бейджиком.

– Борис Алексеевич, простите, мне очень-очень нужно к вам, – залепетала я, – Я прождала вас с самого утра. Мне нужно лишь получить направление.

– Приходите послезавтра. С 9 утра до 14. Сейчас у меня начинается пятиминутка, – не отрываясь от заполнения карт пробубнил врач.

– Может быть, после пятиминутки вы уделите мне буквально две минуты?

– Пятиминутка длится полтора часа, потом я уйду.

– Но как же...

В этот момент в кабинет зашёл новый врач. Высокий лысеющий мужчина поздоровался с Борисом Алексеевичем и сел напротив. Когда он проходил мимо, я успела прочитать его имя.

– Возможно, Артём Данилович меня примет? Я же уже в кабинете и моё дело быстрое!

– У Артёма Даниловича свои пациенты, – всё так же, не смотря в мою сторону, ответил врач.

– Пожалуйста... Мне нужно в больницу.

– Вас в больнице уже ждут?

– Да, – соврала я, – Я уже договорилась с врачом о госпитализации, осталось получить направление

– Артём Данилович, примете одного моего? – обратился к коллеге Борис Алексеевич.

– Да, мне не сложно, – кивнул Артём Данилович.

Борис Алексеевич вышел из кабинета, а я присела на стул возле своего спасителя и в самых общих чертах, касаясь лишь самых ключевых моментов, изложила суть дела. Рассказала, на что жалуюсь, какие у меня тревожные мысли, сколько уже было попыток суицида, и упомянула галлюцинации. Врач неотрывно что-то строчил в моей карте, а затем достал бланк направления и повторил всё там. Через 15 минут у меня на руках был запечатанный конверт с путёвкой и два диагноза в карте. Эмоционально неустойчивое расстройство личности и рекуррентная депрессия.

Рекуррентная, то есть эпизодическая. Расстройство с повторными эпизодами депрессий без маний. Депрессия – психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением с пессимистической оценкой самого себя, своего положения, окружающей действительности, моторной и идеаторной (мыслительной) заторможенностью. К основным симптомам депрессии относят:

Сниженное, по сравнению с обычным, настроение, преобладающее в течение дня и продолжающееся не менее 2 недель, вне зависимости от ситуации.

Снижение интересов или удовлетворения от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями.

Дополнительными симптомами являются нарушение сна и аппетита, суицидальные мысли, идеи вины, нарушение концентрации внимания, пессимизм и т. д.

Существуют симптомы соматической (телесной) патологии. Это слабость, утомляемость, снижение веса, запоры, всевозможные боли и т. д.

Депрессия может начаться как с внезапного снижения настроения (основного симптома), так и с длительного периода утомляемости, слабости, нарушенного сна и аппетита. Есть так называемые маскированные депрессии, когда на первом плане стоят расстройства, не относящиеся к основным и дополнительным симптомам депрессии, и сам настроенческий компонент выражен в минимальной степени. Существует множество пациентов соматических больниц, посещающих кардиологов, пульмонологов, гастроэнтерологов и других специалистов в надежде узнать, что с ними такое. Например, болит у человека живот, ходит он годами к тысяче специалистов, ничего не подтверждается, нет у него объективной соматической патологии, здоров, а живот как болел – так и болит, вообще без изменений. И в таком случае главным является выявление именно психического компонента депрессии, который так или иначе будет присутствовать у пациента. Депрессия может начаться с чего угодно, главное – знать, что это и куда с этим идти.

Уже в больнице моё эмоциональное расстройство личности сузили до пограничного.

Расстройства личности – это совокупность постоянных, чаще врождённых свойств индивидуума, которые проявляются уже в детском и подростковом возрастах в эмоциональной и социальной сферах, а также в межличностных отношениях.

Пограничное расстройство личности является подтипом эмоционально-неустойчивого расстройства личности, по международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Эмоционально неустойчивое расстройство личности характеризуется определенной склонностью к импульсивным действиям без учета последствий. Настроение при этом у больного неустойчивое. Такой человек склонен к вспышкам эмоций, он оказывается не способен контролировать своё взрывчатое поведение. Отмечается конфликтность с окружающими, особенно тогда, когда импульсивные поступки пресекаются и критикуются. Можно выделить два типа расстройства: импульсивный тип, характеризующийся преимущественно эмоциональной нестабильностью и недостатком эмоционального контроля,

и пограничный тип (как в случае с Ксюшей), для которого дополнительно характерны расстройство самовосприятия, целей и внутренних устремлений, хроническое ощущение пустоты, напряженные и нестабильные межличностные отношения и тенденция к саморазрушающему поведению, включая суицидальные жесты и попытки.

Если говорить максимально просто и постараться преподнести суть пограничного расстройства, то пограничным оно называется потому, что находится «посередине» между невротами и психопатиями (расстройствами личности). Соответственно, эти расстройства включают в себя континуум от легких невротических до более тяжелых, психотических состояний. В ПРЛ (пограничное расстройство личности) выделяют три основных звена:

Реактивная лабильность. Это неустойчивость, изменчивость поведения даже при воздействии минимальных факторов. Люди с ПРЛ часто испытывают чувства, которые здоровые люди обычно обнаруживают лишь в состоянии стресса (гнев, раздражительность, вспыльчивость).

Аффективные расстройства. Сюда входят депрессии реактивные, сезонные, гипомании, панические расстройства и т. д.

Транзиторные психотические состояния. Могут быть кратковременные бредовые расстройства и галлюцинаторные состояния.

Помимо этого есть так называемый психический «профиль» личности – её особенности при ПРЛ. Это категоричность в оценке (чёрное-белое), непостоянство жизненных установок, стремление к крайностям (к примеру, в случае межличностных отношений: или полное наплевательство, или безумная любовь), характерна импульсивность, аутоагрессивное поведение (причинение себе вреда), нарушение контроля над влечениями (в том числе и злоупотребления психоактивными веществами).

В целом, личности с ПРЛ хорошо адаптированы, и о них можно сказать «стабильны в своей нестабильности».

Я получила долгожданную путёвку, пускай не в жизнь, но хотя бы не в смерть. Для того, чтобы узнать, когда мне приезжать, я позвонила в клинику. Дозвониться удалось с первого раза.

– Здравствуйте, я получила путёвку к вам, – бодро начала я. – Подскажите, когда мне стоит приехать?

– Девушка, буквально вчера пришло заявление, что с седьмого числа бюджетные места сокращаются, и мы больше не принимаем больных по путёвкам, только на платной основе, – спокойный женский голос зачитал мне приговор в трубку.

Это был крах. У меня таких денег не было, занимать не казалось мне разумным, а просить у родных 100–150 000 рублей я бы просто не смогла.

– Сегодня лишь первое, – уже менее бодро, а скорее даже заискивающе, продолжила я. – Может быть, если удастся поступить до седьмого, то местечко найдётся?

– Нет, был приказ.

– Возможно, есть хоть какой-то шанс? – не унималась я.

– Что с больным?

– Не знаю... Депрессия, наверное. Галлюцинации были...

– Суицидальные мысли есть?

– Я не хочу кончать с собой, – честно ответила я. – Но кажется, у меня не осталось других вариантов.

– Так больная – вы?

– Да.

– Сколько вам лет?

– Двадцать четыре.

– Приезжайте в следующую среду, – спокойный голос, казалось, стал нежным, – с вещами.

Победа. Осталось дожить до среды. Два следующих дня я посвятила покупкам всего необходимого. Имея опыт пребывания в различных больницах, я знала, что самое важное – это уютная пижама и домашняя повседневная одежда с карманами. Итак, моя госпитализация началась с самого настоящего шоппинга.

Своим самым важным приобретениям я считаю беруши. Воспользоваться ими пришлось уже на третий день госпитализации, когда от неумолкающих разговоров санитарок, всхлипов и храпов пациентов было не заснуть. Никогда ещё трата 25 рублей не была такой полезной.

Глава 2

Первое знакомство

– Три... четыре... пять, – ведёт подсчёт медсестра и запинается, – так, а эту за одну считать или за... А ну-ка, убери волосы... за пять?

– Вам лучше знать, – улыбаюсь я, послушно поднимая волосы к затылку, – но я была как одну.

– Лучше б уж не была! Делать мне больше нечего – считать тут теперь. А это что? Откуда синяк?

– Стукнулась, наверное, – не особо размышляя над ответом, пожимаю плечами я.

– Любаша, отметь, что над правым локтем синяк, – обращается к пожилой женщине за столом медсестра и продолжает подсчёт: – Значит, шесть... семь.

– А эту, кстати, можно за три считать, – я не могу удержаться от комментария и показываю на чистый участок кожи на предплечье.

– Да что ты будешь делать! Как за тобой уследить? Вот сделаешь ты себе новую гадость у нас и как прикажешь её искать?!

– Да больная я, что ли, в дурке делать татуировки?!

Медсестра бросила на меня короткий взгляд, после которого доказывать собственную нормальность мне показалось совершенно неуместным. Мы молча закончили подсчёт моих татуировок, синяков и шрамов, чтобы в дальнейшем персонал мог уследить за изменениями в моём теле. Естественно, это была лишь формальность – больше меня никто ни на что не проверял, а шрамы на запястьях так и не удалось подсчитать. Это был мой последний осмотр на воле. Дальше меня повели в самое жёсткое отделение больницы.

Я самостоятельно выбирала клинику, читала отзывы, консультировалась со знакомыми врачами и с друзьями, обладающими похожим спектром проблем. В итоге мой выбор пал на одно федеральное государственное бюджетное учреждение. Ипохондрик, начитавшийся медицинских справочников, или нервный подросток с романтическими мечтаниями о суициде туда вряд ли попадёт. Мне же повезло – мой случай оказался в рамках практики данного учреждения. Я прошла три медкомиссии, и консилиум постановил, что меня срочно нужно запереть в острой палате.

– Ух, ты не волнуйся, – подбодрил меня главврач. – Барышни у нас в первой палате все интересные! Познакомишься, скучать не будешь!

Я обняла Савву на прощание, и меня повели в отделение. С рюкзаком наперевес я долго и уныло плелась за медсестрой по жёлтым подвальному коридорам психушки. Мы то спускались по лестницам, то поднимались, куда-то сворачивали и снова шли по прямой. Казалось, меня намеренно пытаются запутать – чтобы и думать о побеге забыла.

Как только меня доставили в отделение, тут же налетела санитарка:

– О, новенькую привезли! Кушать будешь?

– Буду, – я расплылась в улыбке от того, как меня встретили, и была совсем не против позавтракать второй раз.

Оказалось, что всё отделение совсем недавно поело, но каша ещё оставалась. Меня провели в пустую столовую, где дали кашу в плоской железной миске и чай с тремя ложками сахара. Каша оказалась не менее сладкая, но вкусная. После завтрака у меня в третий раз досмотрели вещи, вынули шнурок из капюшона, отобрали часы, телефон, наушники, зарядку, сигареты, зажигалку, заставили снять лифчик и забрали запасной. Первая палата ждала меня за запертой стеклянной дверью.

Я заняла последнюю, восьмую койку в палате и сразу окунулась в апатию и давящее умиротворение.

– Здравствуйте, – неуверенно поздоровалась я с 7 парами глаз, что уставились на меня. Новенький – это всегда событие.

Мои соседи промолчали, только пара человек тихо пробормотала приветствие.

За своё пребывание в первой палате я успела плотно познакомиться со всеми соседями. Некоторые люди пребывание в психушке просто переживают: не общаются, стараются вести себя так, будто их нет, а в перерывах между приёмами пищи предпочитают лежать в кровати. Со стороны они не кажутся яркими, они не пылают изнутри болью и ужасом, они замкнутые и тоскующие. О таких пациентах мне нечего рассказать, а вот двух других соседок я раскрыла для себя в первые же дни.

Марина, 15 лет

Я делю с ней тумбочку: невидимая линия прочерчена на верхней полке между нашими книгами. У неё в основном Стивен Кинг, у меня – научпоп про мозг. Марина очень тихая, таких тихих людей я не встречала. Она всегда молчит и в беседу вступает неохотно. Но однажды она ни с того ни с сего предложила мне шоколадку – мне показалось это очень ценным. Марина бесшумно ходит по палате и даже страницы книги переворачивает тише других. Иногда беззвучно плачет под одеялом. У неё длинные чёрные крашенные волосы, чёрные брюки, чёрные футболки и клетчатые красные рубашки. Футболки всегда с изображением неизвестных мне музыкальных групп, а волосы спадают вниз неаккуратными спутанными лианами. У неё депрессия, и Марина выдирает себе волосы прядями. Образовавшиеся залысины ломают ровную линию пробора.

Трихотилломания – вырывание волосяного покрова на голове или других частях собственного тела. Чаще всего это расстройство рассматривают в рамках обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Бывает, что данное состояние может встречаться и при депрессивных состояниях, и при более тяжелых заболеваниях (таких как шизофрения). Если трихотилломания является следствием ОКР, то у больного возникает сильнейшее внутреннее напряжение, нарастает тревога, единственным выходом из которой является вырывание волос. Трихотилломания может быть вариантом импульсивного расстройства, когда также существует сильное напряжение, на высоте которого необходимо совершить вышеописанное действие, но в отличие от ОКР не происходит борьбы мотивов (внутренней попытки разубедить себя в необходимости совершаемого действия). Также трихотилломания может быть своеобразным ритуалом. Допустим, вырву волос – не случится беды. Нередки случаи, когда после вырывания волос пациенты съедают их, после чего в желудке образуются целые трихобезоары (шары из волос), которые удаляются хирургическим путем.

Юля, 32 года

Очень скромная, тихая, с нежным голосом. Она одевается так, будто вот-вот сорвётся на богослужение: длинная тёмная юбка, кофта неопределённого цвета и такие же волосы. Юля обставила свой угол иконами, на прикроватной тумбочке лежит молитвенник. У неё часто случаются панические атаки и больше всего её страшит смерть. Успокоение она пытается найти в чтении Библии, но описания ада и божьего гнева заставляют её бояться ещё сильнее. Читает и боится, боится и читает. Совсем замкнула себя.

Паническая атака – внезапно возникающий и в течение нескольких минут нарастающий симптомокомплекс вегетативных расстройств (усиленное сердцебиение, ощущение

удушья, стеснение в груди, нехватка воздуха, потливость и т. д.), сочетающиеся либо со страхом смерти, либо со страхом сойти с ума, потерять контроль, сознание. Отличают спонтанные панические атаки, возникающие ни с того ни с сего, и атрибутивные, то есть имеющие причину возникновения (поездка в метро, лифте и т. д.). Причину возникновения панических атак связывают с нарушением в ГАМК-ергической системе головного мозга, что подтверждает тот факт, что транквилизаторы в течение нескольких минут ликвидируют основные симптомы панической атаки.

Мария, 38 лет

Она немного полная, ходит в цветастом синем халате, красит волосы в рыжий и мучается от постоянной тревоги.

Вечером из её телефонного разговора я случайно поняла, что она ведёт курсы о счастливой жизни и о том, как удачно выйти замуж. Называет она себя «персональный тренер», или, по-модному, «коуч». Лёжа здесь, она продолжает давать рекомендации, вальяжно раскинувшись на больничной койке, закинув ногу на ногу так, что её халат еле-еле прикрывает нижнее бельё.

Мария рассказывала подруге, что она тут уже третий день и постепенно приходит в себя и думает. Поделилась своими планами на новый курс для одиноких несчастных женщин. Она уверяет, что её обманули, будто врач сказал, кладут её в санаторий, где будут занятия спортом и оздоровление, а на деле оказалась в психушке.

С утра заступила на смену постовая медсестра. Ей около 65 лет, и зовут её Ирина Маратовна. Познакомившись со всеми, она подошла и к Марии с возгласом:

– Ба! Знакомые всё люди!

– Вы меня знаете? – смущённо спросила Мария.

– Знаю, деточка, знаю-знаю, – со вздохом ответила Ирина Маратовна и грустно ушла.

Оказалось, что Мария – довольно популярный коуч со своей передачей и образовательными книжками. О своём диагнозе она никогда не упоминала.

Несмотря на особенность своей профессии, Мария никогда не учила нас жить и не задирала нос. Единственный совет, который она мне дала, – это как правильно расчёсывать волосы. Я их знатно испортила за полгода до больницы, не единожды красив их во все оттенки зелёного. Мария взяла мою расчёску и аккуратно начала расчёсывать мои волосы, начиная с кончиков.

Тревога – аффект (эмоциональное напряжение), связанный с ожиданием неопределённой опасности. То есть тревога – безликая, в отличие от страха, когда есть конкретный объект/явление и т. д.

До обеда я раскладывала свои вещи и присматривалась к обстановке. Было скорее уютно, чем нет. Небольшая для 8 коек комната, зато, в отличие от остальных палат, оснащена душем и туалетом. В центре стоят два сдвинутых стола с 8 стульями вокруг. Большие пластиковые окна, выходящие во внутренний двор больницы. Решёток нет, но нет и ручек. Открывается только форточка. На окнах висят жалюзи, все стены пустые, нет ни часов, ни картин, ни зеркал. В углу стоит платяной шкаф. Кровати деревянные, самые обыкновенные. У большинства коек новые матрасы, они до сих пор в полиэтилене. Для сохранности. У остальных на матрасы постелены клеёнки. Вместо одеял в пододеяльники вставлены пледы. Пододеяльник прямоугольной формы, плед – квадратной. Как ты его ни вставляй в пододеяльник, плед всегда будет сбиваться в одну сторону, оставляя противоположную пустой и холодной. Приноровиться спать под таким одеялом – целое искусство. Ванная комната (где тоже нет зеркал) находится за стеклянной дверью – таким образом, ты всегда на виду, даже

когда справляешь свои естественные нужды. Сначала это кажется дикостью, но со временем не только привыкаешь, но и понимаешь необходимость такой открытости. Например, чтобы следить за поведением девушек с нервной булимией (расстройство пищевого поведения, для которого, помимо бесконтрольного переедания, характерно вызывание рвоты после приёма пищи). Да и чтобы, в конце концов, уследить за психом, который может решить вдруг разбить себе голову о кафель. После того, как у меня отобрали всё, что только можно, это был единственный способ самоустраниться в ванной, который пришёл мне на ум.

Пациенты лежали по своим койкам и молчали. Одни дремали, другие читали, третьи смотрели невидящими глазами в потолок. Вид у всех был удручающий, но ничего особенного – обычные люди от 15 до 55 лет. Таких же людей ты сотнями встречаешь в городе, взаимодействуешь с ними, вступаешь в диалог.

Без часов я не знала, сколько прошло времени, но успела прочитать пару глав книги и немного заскучать перед тем, как дверь распахнулась и в комнату въехала тележка с обедом. Бодрая санитарка поставила подносы на стол и удалилась, не забыв запереть за собой дверь. На обед был гороховый суп, макароны с невнятной котлетой и чай. Возле меня сидела девушка чуть младше меня. Мелированные волосы, розово-чёрная спортивная кофта, ногти с облупленным лаком. И все руки в шрамах-кругляшах от десятка потушенных сигарет.

Ели молча.

За дверью сновали больные, почти все в пижамах, многие – непричёсанные. Некоторые мелькали за дверью с периодичностью в несколько минут – вскоре я догадалась, что они «патрулируют» коридор от скуки. Сразу после обеда выпустили и нас, но только до лекарственного кабинета за таблетками и обратно. Мне ещё не успели прописать волшебных пилюль, зато назначили укол. Я думала, что это что-то профилактическое, ведь с врачами я общалась совершенно спокойно: не кричала, не плакала, здраво мыслила и отвечала на все вопросы. Говорила, что пришла сюда добровольно и что открыта к тому, чтобы научиться хотеть жить. Думала, максимум что-то седативное (успокаивающее) дадут... Оказался галоперидол.

Если бы у меня не было опыта химического отравления, я бы подумала, что Сатана призывает меня к себе. Все внутренности крутило, в глазах всё плыло, ноги сделались ватными. Вертолетило, как в первые школьные тусовки. Я добралась до своей кровати и рухнула без сил. Легче от этого не стало, темнота сменилась ослепительными вспышками, а конечностями стало не пошевелить. Я знала, что не умираю (хотя все органы твердили об обратном), что это состояние закончится (подсознание предательски кричало, что эта мука будет длиться вечно), но всё равно ничего не могла поделать с паникой. Я не могла встать и дойти до врача, я не могла даже позвать на помощь – язык приклеился к нёбу и одновременно стал ватным, а глотку сдавило спазмом. Я то проваливалась в спасительную темноту, то вырывалась из неё, как из пастей Цербера – меня выплёвывало пережёванную и со смердящим душком. Я открывала глаза и понимала, что нахожусь в бреде уже значительное время, но выбраться на поверхность и закрепиться на ней никак не выходило. Сменялось освещение, передо мной мельтешил то потолок, то лица пациентов и врачей, мне что-то говорили, вроде даже пробовали трясти за плечи, но ничего не помогало, и я снова проваливалась. Однако один раз меня всё же удалось вытрясти наружу на значительное время. Санитарка тормозила меня за плечи и кричала в ухо:

– Тебя на кардиограмму вызывают! Проснись! Хватит спать! – ещё один трясок для верности. – Тебя врач что, ждать должен?! А ну вставать, кому говорю!

И снова темнота.

В следующий раз прихожу в себя от холодного липкого прикосновения в районе груди, будто десяток лягушек облепили меня своими лапками. Оказалось, что, раз я не пошла на

кардиограмму, кардиограмма пришла ко мне. Аппарат привезли прямо к койке. И снова тревожный сон окутал меня.

Я смогла встать с кровати только к вечеру второго дня. Одежда вся мокрая от пота, кровать в хаосе, одеяло будто вступило в схватку с простынёй и одержало верх. Оглядевшись вокруг, я не нашла на своих местах половины больных, а дверь в коридор была открыта. Пришло на ум, что все сбежали от меня, но оказалось, что после тихого часа нас открывают и дают погулять по коридору до отбоя. Еле встав с кровати и держась за стенку, я поплелась в сторону двери.

– О, очухалась, красавица, – встречает меня санитарка.

– Угу, получше стало, – выдавила я из себя.

Я решила, что это был именно галоперидол, на основании записи в тетради медсестры в лекарственном кабинете, на которую я успела бросить внимательный, но слишком беглый взгляд. Основательно это мнение укоренилось, когда я наслушалась рассказов от «бывалых»: говорили, что в первый день тут всех обкалывают именно галоперидолом.

Как это обычно и бывает там, где слишком много сплетен и легенд, на деле всё оказалось иначе. Мне дали мощный противотревожный препарат. Никто под одну гребёнку не грёб, всё лечение подбирается индивидуально – у врачей нет стремления обкалывать всех подряд нейролептиками без необходимости.

Тем не менее, у меня оставался вопрос: зачем в первые дни всем дают такие мощные лекарства? И в частности, почему некоторым вкалывают такой устрашающий препарат, как галоперидол? После объяснения врача всё встало на свои места.

«Чаще всего психиатрические клиники имеют дело с первичными пациентами (теми, кто поступает в клинику либо первый раз в жизни, либо впервые непосредственно в наш стационар). Психиатры владеют минимумом начальной информации о пациенте. Чаще всего новенький взбудоражен или встревожен. Он с трудом принимает информацию о том, что находится в психиатрической больнице и что рядом с ним такие же пациенты. Ему приходится находиться первую ночь в карантинной палате, куда поступают все новенькие. Конечно, это всё не для слабонервных – мы это прекрасно понимаем, – человеку страшно. Наша главная цель на момент поступления: дать пациенту возможность поспать, уменьшить тревогу, взбудораженность, напряжение, дать нам, врачам, возможность начать лечение.

Непосредственно галоперидол – замечательный препарат, обладающий мощным антипсихотическим действием, который стоит в первой линии лечения галлюцинационно-бредовых состояний. Помимо этого, в небольших дозировках он борется со множеством симптомов, начиная от неприятных болезненных физических ощущений и заканчивая суицидальными мыслями. Конечно, всё в определенных комбинациях и дозировках».

Придя в себя в от своего препарата, я вышла в коридор, где было полно людей: кто-то шастает туда-сюда, кто-то с серьёзным видом и туалетной бумагой в руках движется в сторону общего туалета, кто-то сидит, разговаривает с врачами на диванах. Навстречу мне шла симпатичная высокая девушка с большими красивыми губами, я спросила у неё, где тут можно покурить. Было бесспорно жаль, что у меня отобрали сигареты, но я надеялась на добродушие больных. Мне объяснили, что пациентам из острой палаты можно курить только три раза в день. Сигареты выдают строго по одной и с большими промежутками времени. Но ведь никто не запретит сигареты стрелять.

Курилка находилась в предбаннике уборной, кумар и психи сгрудились у пепельницы. Сразу стало понятно, что тут-то больные и живут. Тут творятся разговоры, обмены сигарет на зажигалки и конфеты, тут психи ненадолго становятся собою.

Здесь же я и познакомилась со своей соседкой Катей, она лежит в этой больнице уже третий раз. Пока Катю не выписали, я на протяжении месяца узнавала её трагическую историю.

Катя, 20 лет

У неё кудрявые тёмные волосы ниже плеч, задорная улыбка, а в её диагнозе присутствует страшное слово «шизофрения». Катя часто смеётся, но именно она мне напомнила, что ад может наступить и наяву, когда единственным спасением становится бегство в психиатрическую клинику.

Катя ярко помнит, что, когда ей было 4 года, всё родительское внимание отдавалось не ей, а её двухлетнему брату. Заботу о Кате переложили на плечи бабушки. Однажды эта маленькая девочка услышала, как один из родственников спросил у бабушки: «Да что ты с ней возишься? У тебя же внук родился». Эта фраза засела у Кати в голове. «Если ты не нужен даже своей семье, то кто ещё тебя полюбит?» – спрашивала она сама себя.

– Это сейчас я оглядываюсь назад и понимаю, что родители меня любили, да и любят до сих пор, – закуривая вторую сигарету подряд, как-то вечером рассказывала Катя, – но мой мозг тогда этого не понимал. Я росла замкнутой и стеснительной. Я ни с кем не значилась ни в кружках, ни на площадке. А вот в школе одноклассники начали проявлять ко мне слишком много внимания. Мне это было непривычно – пришлось знакомиться.

В 13 лет меня отправили в художественную школу. Там группа подростков избивала меня 3 раза в неделю после занятий. Просто из-за того, что я была тихая. Били не только меня, они ещё нескольких ребят травили. Делали это по приколу. Просто потому, что могли. Шайка озлобленных детей во главе с девушкой. Ксюша. Так её звали. Ей было 16, она влюбилась в меня и предложила издеваться над остальными вместе с ней. Я отказалась. Стали бить ещё сильнее. Судьба распорядилась удивительным образом, и со мной сработал стокгольмский синдром. Я в неё влюбилась. В своего насильника. Мы начали встречаться. Так я узнала, что она наркоманка-героинщица.

Летом мы с художественной школой ездили по Европе, осели в Амстердаме, ходили на экскурсии, рисовали. Ну, ещё я за ней убирала шприцы и вытирала кровь с раковины. Мы встречались 5 лет, а после она уехала в Питер к сестре. Говорила, что никогда себе не простит того, что они со мной сделали, – Катя покрутила пальцем у виска, – имея в виду слуховые и зрительные галлюцинации, до которых они меня довели. Шесть голосов. Шесть грёбанных голосов. Женских. И все в унисон: «Убей себя, ну же, давай, убей!»

Позже, в 11-м классе, наступила белая полоса. Я познакомилась с Пашей. Мы начали встречаться и до сих пор вместе. Он стал для меня всем. С ним мне становилось легче, и голоса замолкали. Он познакомил меня со своим братом Егором. Егор рассказал мне о своих проблемах, и оказалось, что они были похожи на мои. Мы прониклись друг другом. Всё-таки болезнь сближает. Старались переживать трудные моменты вместе и делились опытом борьбы с болезнью. Егор был для меня героем, он справлялся со своим расстройством и своим примером придавал мне сил. Но до конца от навязчивых состояний он отделаться так и не смог. 8 февраля 2015 года он покончил с собой. Мой пример для подражания погиб. А 17 февраля 2015 года сестра Ксюши позвонила мне, чтобы сообщить о её смерти – Ксюша покончила с собой. Умышленная передозировка героином, «золотой укол». Её фото, где она, такая знакомая, лежит в гробу, я не могла удалить целый год. Но всё же удалила. Белая полоса оказалась короче траурной ленточки.

После такого я и попала впервые в психушку. Пролежала тут 3 месяца и вышла здоровой. Полностью. Правда, набрала вес из-за лекарств. Я продолжала принимать таблетки, но когда узнала их цену – у отца уходило по 11–15 тысяч в месяц, – стало жалко его, и я бросила лечение. Вернулись голоса и галлюцинации. Я видела и слышала Ксюшу и Егора. Впервые

мне захотелось сделать то, что так упорно твердили мне голоса. Эти суицидальные мысли не давали покоя. Так я во второй раз попала сюда. Таблетки больше не помогали, да и ничто больше не помогало. Тогда мне назначали электросудорожную терапию – ЭСТ, иначе говоря. 10 сеансов. Помнишь, как в «Пролетая над гнездом кукушки»? Именно это мне и делали – били током. С каждым разом я теряла себя, но находила успокоение. ЭСТ способна вызывать пробелы в памяти. У меня сгорел целый год жизни, ЭСТ выжгла его дотла. Я совершенно не помню целый грёбаный год своей жизни. Ничего. Пустота.

После 10 сеансов я вновь пошла на поправку – меня выписали. И снова какое-то время всё было хорошо. Но летом появились навязчивые нежелательные непроизвольные мысли – обсессии. Меня охватили мысли о самоубийстве. Однажды я выпила горсть таблеток-антидепрессантов и пошла спать. Через 20 минут проснулась, меня вывернуло. Родители умоляли вновь обратиться к врачам. Я не хотела ложиться в дурдом – я хотела умереть. Я планировала свою вторую попытку самоубийства. Но они уговорили – и я в третий раз пошла в психушку. Согласилась я на этот шаг, к сожалению, только наглотившись всевозможных таблеток – пришла на приём в ужасном состоянии. Врачи сразу всё поняли и продержали меня в первой палате 3 недели. Сейчас я уже в пятой, скоро будет ровно месяц, как я в больнице. Обещают выписать на днях.

Катю и правда вскоре после этого нашего разговора выписали. Диагноз ей поставили «эндогенное заболевание шизофренического спектра». На момент написания книги у неё всё в порядке. Мы поддерживаем с ней связь. Она посещает занятия китайского языка в МГУ, а со второго семестра выходит из академического отпуска и приступает к полноценной учёбе.

«Эндогенное» – значит «внутреннее». Если попробовать провести аналогию с соматикой, проще всего взять для примера сахарный диабет, причины его возникновения – внутренение. Нарушается работа поджелудочной железы, и в зависимости от механизма этого нарушения сахарный диабет делится на 2 типа. Но так как при психических заболеваниях мы имеем дело не с каким-то отдельным органом, а с целой системой, очень сложной в своей работе, то здесь нельзя четко сказать: вот, сломался мозг и получилось психическое заболевание; поэтому мы и используем термин «эндогенный», включающий в себя всё вышеописанное. Эндогенным заболеванием шизофренического спектра называются такие состояния, когда имеется ряд особенностей, характерных для шизофрении, при этом самой шизофрении нет. Допустим, некая социальная отстраненность, сложности в формировании межличностных контактов, эмоциональные изменения (снижение привязанностей, амплитуды эмоций и т. д.).

На вторую неделю пребывания в больнице меня разбудила медсестра во время тихого часа. Осторожно потормошив, приглушённым голосом она велела встать:

– Тихо, вставай, пойдём в подвал, будем делать электрофалограмму... – последнее слово медсестры скомкала, но мозг услужливо нарисовал картину, как меня привязывают к столу и водружают мне на голову ужасающий шлем с проводами.

Я встала, медсестра пропустила меня вперёд и пошла следом, давая указания, в какую сторону поворачивать. В психушке ты всегда идёшь впереди, когда персонал сопровождает на анализы или процедуры. Чёткое правило: не поворачиваться к психам спиной.

Вниз по лестнице, прямо по коридору, седьмая слева дверь, вверх по лестнице. Замысловатый путь привёл нас в комнату размером с гардеробную. То, что я там увидела, повергло в дикий страх и вызвало желание бежать. Большую часть комнаты занимает стул и провода. Без объяснений медсестра усадила и начала прикреплять к моей голове проводки, электроды и выключила свет. Всё это напоминало подготовку к казни путём электрического стула. Когда я была готова задрожать от страха, мне всё-таки объяснили, что процедура, которую

мне собирались провести, называется электроэнцефалограмма (ЭЭГ). Ток будет поступать не в меня, а наоборот, от меня в компьютер. Нужно это для исследования функционального состояния головного мозга. Около 5 минут я сидела перед мигающей лампой и следовала указаниям компьютера, меня проверяли на реакцию и внимательность.

Мне не следовало бояться, что мне проведут электросудорожную терапию, ЭСТ, ведь в нашей стране к ней прибегают только в самых крайних случаях, когда все другие средства уже перепробованы, в то время как в Европе ЭСТ является одним из наиболее действенных и распространённых способов лечения не только депрессии, но даже таких бытовых проблем, как ПМС у женщин. ЭСТ обладает минимальными побочными свойствами и грозит лишь частичной потерей памяти. Обычно «выпадает» день самой процедуры, в редких случаях затрагиваются более ранние воспоминания. Случай Кати скорее исключение из медикаментозной практики, нежели обычное явление.

В отличие от «Пролетая над гнездом кукушки», нас ЭСТ не пугали, пациенты хоть и с небольшим содроганием, но шли добровольно на процедуры. Ведь врачи подробно описывают принцип работы аппарата и доказывают необходимость подобной терапии.

ЭСТ – процедура, используемая в ряде конкретных случаев. Она не является «карательной», не нацелена на то, чтобы сделать из пациента «овоц», запугать или сотворить ещё что-то ужасное. Когда пациент на протяжении длительного времени получает психофармакотерапию, он может в какой-то момент стать резистентным. Это значит, что лекарства в тех дозировках, которые раньше были эффективными, перестают работать. В таком случае назначают ЭСТ. Кроме того, есть ряд патологий, при которых ЭСТ является жизненно необходимым (такие случаи специалисты называют «по жизненным показаниям»). Например, фебрильная кататония – состояние, при котором помимо психической, «душевной», остроты нарастают соматические, «телесные», расстройства. Повышается температура тела, возможны геморрагические и трофические нарушения (на коже образуются язвы), нарушается функция печени и почек. В таких случаях ЭСТ является единственным способом спасти пациенту жизнь. Благо в настоящее время такие состояния практически не встречаются. Гораздо чаще мы имеем дело с затяжными, резистентными к терапии депрессиями, острыми приступами в пожилом возрасте, маниакальными состояниями с длительным возбуждением, бредовыми состояниями с отказом от еды. Изначально в первой линии выступает психофармакотерапия, интенсивное лечение с инъекциями препаратов. Но в вышеописанных случаях этого может быть недостаточно.

Представим, что рецептор в головном мозге – это «гвоздик», шляпка которого является мишенью для действия препарата. В ряде случаев (при длительном лечении, повторных состояниях) эта шляпка «припылена» различными остатками лекарств, то есть лишний слой не дает возможности лекарству начать действовать. В других случаях эта шляпка чистая, но в связи с особенностями организма она не может быть мишенью, то есть не может взаимодействовать с лекарством (резистентность). Во всех этих случаях ЭСТ является тем самым механизмом, который, с одной стороны, сбрасывает со шляпки все лишнее, с другой – активизирует работу рецептора, «бьёт» по «гвоздику».

ЭСТ проводится строго по медицинским показаниям, перед её проведением собирается консилиум в составе лечащего доктора, заведующего отделением, главного научного сотрудника и заместителя главного врача. Целью ЭСТ является вызывание контролируемого эпилептического припадка продолжительностью от 30 до 90 секунд. Припадок затрагивает почти все системы нейромедиаторов. Делается процедура только после письменного согласия пациента в отделении реанимации. Никакого «Пролетая над гнездом кукушки». Используются современные методики анестезии, вводят миорелаксанты, никаких болезненных ощущений во время процедуры пациент не испытывает. Вводится кратко-

временный эндотрахеальный наркоз (маска на лицо) и миорелаксанты (чтобы не повредить мышцы, связки, сухожилия). Процедура занимает не больше 2 минут, после чего пациент спит. Конечно, это не поход к массажисту и после процедуры бывают побочные эффекты, о которых пациент также предупрежден. Чаще всего после процедуры могут быть головная боль, небольшая тошнота, потеря памяти на события, непосредственно предшествующие процедуре. Допустим, пациент не вспомнит, что ел на завтрак либо на какое время он записался к косметологу. Некоторые больные рассказывают, что не помнят, например, события последнего года. Тут стоит понимать, что показанием к ЭСТ является болезненное психическое состояние. То есть, если год пациент жил в бредовых переживаниях, а в дальнейшем он не помнит этот год, то это, само собой, возможно, потому что мозг борется таким образом с болезнью. Также стоит отметить, что ЭСТ – процедура, которая чаще всего либо помогает, либо проходит незаметно в рамках болезненного состояния. Конечно, бывают единичные случаи, когда пациенту не подходят эти процедуры, но как и везде, всё очень индивидуально. Поэтому, помимо консилиума, пациент проходит консультации терапевта, невролога, окулиста, ему проводят энцефалограмму. Только получив разрешение от всех врачей, пациент направляется на ЭСТ.

Уже через неделю пребывания в психиатрической клинике я поняла, что нахождение здесь – это не только глотание таблеток, уколы да разговоры в курилке. Я начала знакомиться со всё большим количеством людей самого разного возраста. Всегда находились темы для разговора. Самые большие трудности в построении коммуникации возникали на почве просмотра телевизора.

В самом конце коридора располагается зона отдыха. Довольно большое свободное пространство с коврами. В отличие от всего отделения, тут можно сидеть на полу и не бояться, что тебя мокрой шваброй сгонит санитарка или медсестра накричит, что застудишься. Большинство пациентов, впрочем, устраиваются на диванах и креслах. Здесь их предостаточно, и места всегда всем хватает.

В углу стоит пианино, на нём неаккуратными стопками лежат старые журналы, книги (в основном детективы), наполовину заполненные раскраски и коробки с пазлами. В стаканчиках стоят неточенные разноцветные карандаши и шариковые ручки с обгрызанными колпачками.

В центре на тумбочке стоит старенький большой телевизор. Телевизор плохо настроен, есть лишь основные каналы, да и среди тех многие рябят.

В один из тоскливых вечеров я поплелась следом за соседкой и устроилась рядом с ней на диванчике. Вокруг меня было около 15 пациентов. Все обречённо смотрят новости и морщатся от ужасов на экране. Десять минут посмотрев на то, что у нас происходит в стране и какие чрезвычайные происшествия планируются быть показанными вскоре после рекламы, я предложила переключить канал на какой-нибудь фильм. Псих с пультом радостно им защелкал, и вот уже все с интересом смотрят боевик. Но не проходит и 5 минут, как тройка больных испугалась пистолетов в кино и начала скорбно умолять о переключении на весёлый концерт в честь Дня народного единства. Но и этот канал надолго не прижился, тихие пациенты начали тихо протестовать против плохой музыки. Что ж, мы опять смотрим новости и грустно молчим.

Сколько раз я ни была в зоне отдыха, ни разу не видела, чтобы пациенты сумели между собой договориться и включить тот канал, который бы удовлетворял если не всех, то хотя бы большинство. Обычно споры заканчивались более-менее нейтральными новостями или музыкальными каналами.

Санитарки, сами любительницы присесть у телевизора, в основном относились к нам с уважением и иногда даже разрешали чуть-чуть посидеть перед экраном после отбоя.

Во время уборки одна санитарка сменила зловещую швабру на пылесос.

– Девочки, – добродушно обратилась к нам санитарка, – что смотрим?

– Муз-ТВ, – отозвался один из больных.

– А, ну так это можно смотреть и без звука!

Санитарка ногой нажала на кнопку включения пылесоса и, заслонив собой телевизор, начала уборку.

Я вышла из зоны отдыха, миновала очередь в общий туалет и зашла в свою палату. Собственный туалет – роскошь, доступная острым пациентам и тем, кто коротает последние дни до выписки в «люксовых» палатах.

Зайдя в туалет, я обнаружила, что нахожусь здесь не одна. Над раковиной полз таракан. Перебирая лапками по облупленной плитке, он на секунду замер и, как мне показалось, внимательно посмотрел на меня.

Я уже успела рассказать своим соседкам, что поступила в больницу не только с суицидальными мыслями, но и с галлюцинациями. Я в красках поведала им, как мне мерещились червяки и всякие насекомые. И вот они стали свидетелями, как я стою за стеклянной дверью в туалете и повизгиваю:

– Таракан, таракан! Мы тебя сейчас убьём!

Испугавшись, что у меня начался приступ с галлюцинациями, ко мне прибежала Мария и с облегчением вздохнула, увидев, как я туалетной бумагой размазываю по стене упитанного таракана.

– Ксюшенька, настоящий таракан! – улыбка Марии сияла. – Это был самый настоящий таракан! Слава тебе господи, живой!

– В его живости я бы уже не была так уверена, – я смыла бумажку с трупиком в туалет.

Это был тот удивительный случай, когда пара людей радуется появлению усатого насекомого.

После тихого часа нам выдали телефоны, и я поспешила рассказать обо всём случившемся родителям и друзьям. Маме и папе я преимущественно звонила, с друзьями же предпочитала общаться по переписке. В четвёртый раз пересказав историю с тараканом и соседями, я решила создать чат в Telegram и транслировать все истории туда.

С каждым днём абсурдных историй из психушки появлялось всё больше, росло и количество знакомых, которые просили добавить их в чат. Так из уютного чатика на пяток человек чат превратился в место обитания моих близких друзей, знакомых, бывших однокурсников и даже коллег Саввы, которых я едва знала. Вскоре флуда от всей этой компании стало больше, чем моих сообщений, и я решила переместить всю компанию в канал, назвав его psychostory. Функционал канала от чата отличается тем, что в первом случае нельзя оставлять комментарии, подписчик может только читать контент и никак с ним не взаимодействовать.

Однажды я запостила очередную историю и поделилась каналом с бывшей коллегой Катей. Катя – автор популярного Telegram-канала «Бьюти за 300» с несколькими тысячами подписчиков. Кате мои истории пришлись настолько по душе, что она решила дать на меня ссылку у себя в блоге. Я заснула с 30 людьми на канале, проснулась – с тысячей. Так началась моя незатейливая история блогерства.

Глава 3

Тихий час, постовая медсестра и общество анонимных санитарок

Нахождение в психушке напоминает день сурка:

7:00 – подъём (включают свет в коридоре, но не в палатах)
7:30–9:00 – открывают душевую (три кабинки без дверей на 55 человек)
9:30–10:00 – завтрак (всегда сладкая каша) и приём лекарств
10:00–13:30 – обход, общение с врачами
11:30–13:00 – посещения, прогулки с родственниками (по средам и выходным)
13:30–14:00 – обед и приём лекарств
14:00–16:00 – тихий час
16:00–17:30 – посещения и прогулки (в летний период)
17:30–18:00 – ужин и приём лекарств
21:00 – кефир и приём лекарств
22:00 – сон

Отличается лишь четверг. По четвергам давали запеканку. Она вкусная. В остальном время пребывания в психушке представляло из себя серую вереницу одинаковых дней.

В целом же досуг в психушке смахивает на прохождение увлекательного квеста. Сначала тебе нужно подчиниться абсурдным правилам (типа принудительного отбоя, вытаскивания шнурков и сдачи всех средств связи), затем ты запоминаешь, кто тут злодей, а кому надо улыбаться. У тебя даже есть цель: перейти из острой палаты в обычную, а потом и люкс. Делается это поэтапно: из острой палаты #1 тебя, спустя неделю, могут (а могут и не) перевести в #2, оттуда – в #3. Но только если хорошо себя ведешь, ешь всю кашу и не кричишь по ночам от галлюцинаций. Иначе проходить тебе этот уровень заново. При переходе на очередной уровень тебе открываются новые возможности: круглосуточный телефон, прогулки, арт-терапии, занятия лечебной физкультурой и т. д. Всего уровней 6 и конечный босс – в палате люкс.

Я пока в первой.

В строгой палате живёшь от конца тихого часа до отбоя. Именно на это время выпускают из камеры (или каюты, как в шутку мы называли палаты) и дают пользоваться телефоном. Wi-Fi был, пароля от него не было. Психушка наполнилась своими абсурдными правилами, которые в основном исходили от санитарок. Как-то мне сказали, что большинство санитарок – бывшие пациентки, которые слишком засиделись в больнице. Видать, чтобы не выгнали, они мимикрировали, ну или эволюционировали в персонал. Но именно они, а не врачи, полностью контролировали пациентов, именно они проверяли наши тумбочки, пока нас нет, они воровали наши спрятанные конфеты и дорогие средства личной гигиены, они были с нами сутки напролёт и следили, чтобы мы не выходили за установленные ими невидимые рамки. А ещё они повелевают временем.

На деле тихий час длился с 13:30 до 16:10 ежедневно. На это время всю палату закрывают на ключ без единой возможности выйти. Догадаться, что тихий час близится к концу, возможно лишь по сгущающимся сумеркам за окном и по биологическим часам, ибо все другие отобрали, а телефоны ещё не выдали.

Настоящим сигналом к бодрствованию служит включение света в коридоре, но прозойти это может и в 16:15 вместо 16:00 – тут уж как захочется санитарке. Заветный выключатель

чатель отполированным пластиком сияет над их столом. Нам всегда казалось, что санитарки испытывали своего рода кайф от украденного у нас времени. После того, как врубят свет, мы всё ещё ждём. Ждём, когда нас, наконец, откроют, и смотрим в стекло двери. Со светом наступают шаркающие психи, они меряют коридор шагами и заглядывают в нашу закрытую палату. Ведь так интересно, как мы тут, самые острые, самые тяжёлые больные. Вдруг разгрызаем себе вены и пишем прекрасные стихи кровью на стенах.

Как-то раз нас долго не открывали: больные за дверью успели десяток раз прочесать коридор, и мы прилипли к двери, готовые в любую секунду сорваться и выпрыгнуть в условную свободу. Ведь с этажа всё равно нельзя выходить. Куда выйти из своей палаты – тоже непонятно. Идти некуда. Но мы всё равно вываливаемся из комнаты, делаем пару шагов по коридору, изредка даже доходим до зоны отдыха с телевизором. И неизбежно возвращаемся обратно и ложимся. Но всё равно эти часы открытых дверей очень важны – необходимо знать, что у тебя есть свои права. Даже когда их, по сути, и нет. Как и паспорта, который предусмотрительно отобрали, видимо, чтобы пациенту было сложнее сбежать.

Когда стало совсем невтерпёж, мы начали стучать в стекло, жалея, что оно не решётка, а в руках ни у кого из нас нет железной кружки. Моя соседка Наташа решила вступить с санитаркой в диалог через дверь:

– Прошу прощения, – с небольшой робостью начала она, – а можно нам уже погулять?

– Ещё чего! – мигом нахохлилась санитарка. – Гулять она собралась! Сиди! Не видишь, что ли, сколько времени?

– Нет, – пожимает плечами Наташа. – Вы же отобрали у всех часы.

После этого заявления санитарка резко открывает заветную дверь и становится в проходе, заслоняя собой путь к бегству.

– А ну-ка, чего сгрудились у дверей? – машет нам санитарка, пытаясь разогнать, будто цыплят. – Чего надо?

После такого наступления часть психов ретируется, разговор подхватываю я:

– Погулять хочется, покурить, да и телефоны выдаются с четырёх часов.

– Курить только три раза в день! – душит правилами блюститель порядка.

– Я сегодня ни разу не курила.

– Вот и не кури! Сиди тихо! Не видишь, что ли, чем медсестры решили заняться?

– Нет, мне отсюда ничего не видно.

– Мы пьём чай!

– О'кей, но раз вы всё равно уже открыли дверь, можно нам выйти? – пытаюсь надавить на логику. – Подобная изоляция и несоблюдение режима как бы нарушает наши права!

– Ах права! Права, значит, решила тут качать! Дома этим занимайся, тебе тут не курорт!

Права тут диктую не я и даже не закон, и за всё пребывание в психушке я запомнила, что права на стороне санитарок, они тут почти самые главные.

Санитарка тем временем густо покраснела от моей неожиданной смелости и, развернувшись ко всем, громко заявила:

– Всё! Вот из-за неё, – тыча в мою сторону пальцем, – вся первая палата наказана! Знайте, кого винить! Сегодня без прогулок, сигарет и телефонов! Объявляю вам ка-ран-тин!

Дверь за ней захлопнулась. А психи, даже не бросив в мою сторону опечаленного взгляда, разбрелись по койкам. Не успели они поудобнее устроиться, как санитарка вернулась и увела меня, Наташу и новенькую Марию. В процедурном кабинете у нас взяли соскоб слезистой в анусе.

На этой эпичной ноте история о качаниях прав у большинства бывших пациентов бы закончилась. Я же расскажу, что было позже.

А позже было вот что: открыли всю палату, нас отпустили покурить, выдали телефоны, пустили в комнаты посещения и до отбоя не приставали. Санитарки могут придумывать

правила, угрожать, задерживать тихий час и даже строить из себя надзирателей в тюрьмах. Но это не более чем спектакль и немножко синдром вахтёра. Большинство санитарок – добропорядочные сотрудники (не без своей специфики) и не забывают, что мы находимся в лечебном заведении, куда попали по собственной воле. Нет до конца абсурдных правил, всё подчинено своей логике, пусть она подчас и скрыта. Никто не вёл нас в наказание на соскоб, санитарка лишь удачно всё подстроила, выдав назначенную процедуру за наше наказание. К сожалению, большинство пациентов ведутся на эту ложную власть и во всех бедах и неприятных процедурах винят санитарок, которые сами действуют в рамках правил, продиктованных свыше. Санитарки в психушках – необычный народ. Но, в конце концов, кто останется нормальным на такой должности?..

Санитарки отвечают за чистоту в отделении: начиная от палат, процедурных и лекарственных кабинетов, заканчивая кабинетами врачей. Они помогают пациентам с ограниченной способностью к самообслуживанию (выносят утки, помогают мыться, кормят). Кроме того, помогают врачам и сестрам (отвозят пациента на обследование, привозят еду из пищеблока).

Один из главных стереотипов – те, кто работает в психиатрии, сами либо «психи», либо скоро ими станут. По статистике, количество психически больных в популяции в целом и в психиатрической среде в частности – одинаково. То есть, сколько продавцов, адвокатов, музыкантов болеют, столько и болеющих среди тех, кто имеет отношение к психиатрии. При этом, конечно, существует определенная тропность. Люди, работающие в психиатрии, чаще всего особенные. Не каждый же пойдет в такую специальность. Но здесь особенность рассматривается не в рамках того, что они, допустим, слышат голоса, а в том, что им интересна эта наука. Соответственно, действительно бывают случаи, когда санитарки, сестры, врачи либо переносили то или иное психическое расстройство, либо могут его перенести. Но не больше, чем в популяции в целом.

Особая функция санитарок – отбирать у пациентов всё, что может нанести им вред. Одно утро у меня началось с настоящего боя за право обладания ватными палочками.

Увидев, как я засовываю палочку себе в ухо, санитарка молниеносно подбежала ко мне и потребовала отдать упаковку с ватными палочками, руководствуясь тем, что я так досребу до мозга или выколю ими себе глаз. На что я показала ей свою прикроватную тумбочку с пятком ручек и двумя заточенными карандашами (вспоминается эпизод с Джокером). Санитарка осознала, что правила абсурдные, и с выражением тотального поражения на лице отдала таки мои вещи. Это не значит, что правила существуют, чтобы их нарушать. Это значит, что во всём есть своя логика и если правда на твоей стороне, то и правила будут помогать тебе жить, а не мешать. Но всё же другим пациентам держать ватные палочки запретили.

Если представить иерархическую лестницу, то мы увидим следующие ступени послушания: на самой низкой ступени пациент, затем санитарка, рядом с ней, но чуть выше – младшая медсестра, затем идёт старшая медсестра, дальше – врач, а выше всех стоят права человека. Никто не бесчинствует и не пытается тебе навредить. Когда я осознала всю ту неразбериху, что творится в головах у больных, я начала вести своего рода просветительскую деятельность. Благо заняться больше в дурдоме особо нечем. Многие, даже взрослые дамы, со мной сдружились, и мне удалось узнать их получше.

Наташа, 40 лет

Слева от меня лежит самая обыкновенная женщина. У неё короткая стрижка и свежий загар, который выделял среди остальных бледных больных. Она попала в больницу, едва успев сойти с трапа самолёта, вернувшего её из отдыха в Турции. Наташа выглядит очень

потерянной и очень хочет с кем-нибудь подружиться. Как и многие тут, она ищет поддержку. Однажды перед отбоем я сидела в столовой и пила кефир. Наташа предложила принести печеньки:

– Я сейчас схожу за ними в палату, ты только не уходи.

– Окей, – отвечаю я.

– Не уйдёшь?

– Не уйду.

И сердце сжимается. Всё-таки очень грустно видеть в одном месте столько несчастных людей. Так хочется, чтобы у каждого был человек, который поддержит и поможет справиться со всеми невзгодами. И не уйдёт. Не уйдёт.

Человек, проявивший максимальную преданность, человек, который ни разу не ушёл, – это Ирина Маратовна, постовая медсестра, работающая в отделении со дня его основания, вот уже 40 с лишним лет.

Она стройная, небольшого роста, с короткими русыми волосами и в изящных очках. Ирина Маратовна отдалённо напоминает Малышеву, будь та поменьше. Сходство не ограничивается внешними факторами. Понятие «норма» – одно из любимых слов в лексиконе медсестры. Ирина Маратовна соткана из телепередач Первого канала. Ни одна из её смен не обходилась без модного приговора. Она могла подойти к вялоплетущемуся по коридору пациенту и непринуждённо завязать разговор:

– Вчера в «Модном приговоре» передавали, что штаны такого цвета стоит сочетать с кофточкой более тёплых тонов. Попроси маму, пусть привезёт тебе что-нибудь другое. И причешишь, ради бога.

Казалось бы, абсурдно давать такого рода советы в психушке, но многие больные находились в таком состоянии, что могли неделями не переодеваться и не притрагиваться к расчёске. В таких случаях советы Ирины Маратовны выводили пациентов из состояния замкнутого овоща и заставляли вновь обратить внимание на бытовые повседневные вещи. Большинство из нас старалось держать себя в чистоте, причёсываться, не забывать про смену одежды. Мы не воспринимали больницу как какое-то внешнее, уличное место, нам удобнее было ходить в пижамных штанах и мягких тапочках. Но были и те, кто брал с собой платья и наводил марафет каждое утро. Тональный крем, тушь, стрелки неровной рукой. В такие моменты девушки будто оказывались дома, на них было приятно смотреть, как на «нормальных» людей. Вот только трясущиеся руки их подводили.

Ещё давным-давно я читала историю про англичанина, который чудом смог спастись при кораблекрушении. Его выкинуло на необитаемый остров, где он одиноко провёл несколько лет. Но однажды его костёр увидели военные и причалили к острову. Каково же было их удивление, когда к ним навстречу, весь в тряпье, вышел гладковыбритый мужчина! Оказалось, что к острову прибило несколько чемоданов, где в числе прочего была и бритва. Каждый свой день англичанин начинал с привычного бритья. Он сказал, что выполнение этого ритуала стало единственным, что позволило ему не сойти с ума.

Ирина Маратовна старалась сделать так, чтобы и мы не забывали о том, что жизнь не закончилась, «спасение» рядом и стоит всегда быть начеку и хорошо выглядеть. Это заявление применимо к молоденьким девушкам. С более старшим поколением всё обстояло несколько сложнее. В моём отделении лежат исключительно девушки от 15 до 55 лет. Мужское, детское и пожилое отделения располагаются на других этажах. Но одну пожилую даму держали у нас на этаже из-за остроты её состояния. В других отделениях попросту нет такого строгого режима и «первой» палаты. Но выделялась она не своими седыми волосами, а гримасой ужаса и боли, что не сходила с её лица даже во сне. Скорее всего, у неё что-то не так с мышцами лица, я не знаю, но выглядело это пугающе. Пообщавшись с ней немного, я поняла, что она страдает хлеще всех нас, суицидников. Абсолютно всё ей кажется враж-

дебным. Однажды она указывала трясущейся старческой рукой в сторону очереди за едой, но не смогла вымолвить ни слова – молчаливое рыдание захлестнуло её. Конечно же, мы все расступились, пропуская её без очереди. Женщина сделала пару неуверенных шагов и застыла. Кажется, у неё просто закончились силы. Она стояла и тряслась от слёз и ужаса. Одна из нас позвала медсестру:

– Прошу прощения, тут женщине плохо!

Рослая медсестра с суровым лицом и уставшим взглядом даже бровью не повела, лишь кинула в нашу сторону:

– Ой, девочки, успокойтесь уже, а.

И вышла из столовой.

Пришлось нам своими силами успокаивать эту женщину, сажать за стол и уговаривать поесть.

Такие эпизоды были одними из самых пугающих для меня в больнице. Равнодушие некоторого персонала поражало. Скорее всего, таких рабочих поражал синдром профессионального выгорания. Но когда ты наблюдаешь всё это изнутри, причины равнодушия становятся не важны. Сил продолжать борьбу за своё выздоровление становится всё меньше каждый раз, когда ты лицом к лицу сталкиваешься с бедой, а люди, которые должны помогать, просто выходят из помещения.

Ирина Маратовна не такая. Ей до всего было дело. Она даже следила за тем, что мы читаем. У бедной Марины Стивена Кинга практически насильственно отбирали. С боем удалось доказать, что не все его книги – ужасы. Настоящие ужастики иногда можно было услышать в коридоре из разговоров санитарок и медсестёр. Был период, когда они несколько дней обсуждали сюжет телепередачи, в котором рассказывалось, как подростки мучили животных. Во время тихого часа персонал садился на диван возле острой палаты и в красках описывал все издевательства с отрубанием лапок и хвостиков. Больные, запертые в своих палатах, ёжились под одеялом, не имея возможности отгородиться от этих подробностей.

Много всего абсурдного исходило от персонала. В коридоре всем желающим читали проповедь о том, как сохранить дома мебель в хорошем состоянии. Говорилось, что необходимо гладить стол, стул и приговаривать слова любви, тогда они тебе прослужат верой и правдой много-много лет. Толпа психов тогда обступила стол медсестры и замороженно на него смотрела, пока Ирина Маратовна рассказывала, как стол стоит на этом месте ещё с советских времён. К вещам в принципе был огромный пиетет. Стоило пациентке случайно испачкать одеяло фломастером, как это сразу же замечалось персоналом. В таких случаях санитарка могла заставить девочку помолиться за одеяло, чтобы то её простило и продолжило греть.

В большинстве своём санитарки очень прямые и религиозные люди. Они могут ставить клизму пациенту, а между собой обсуждать замысел божий. Они настолько часто говорят о хождении в церковь и кому они там ставят свечи, что уже и не разберешь о чём речь: о свечах против запора, о свечке за упокой или вовсе о церковных свечах в попы психически неуравновешенных больных.

Я проходила мимо процедурного кабинета, когда услышала испуганный возглас медсестры:

– Мы же все так СПИДом заболеем! Нужно найти больше туалетной бумаги!

Медсестра поймала мой удивлённый взгляд и попросила одолжить ей рулон туалетной бумаги. Не знаю уж, как они собрались бороться с помощью него против СПИДа, но бумагой я поделилась. Медсестра поблагодарила и пожелала, чтобы Господь меня хранил.

У медсестёр вообще был свой отдельный мирок. На моей памяти в отделении четырежды срабатывала пожарная сигнализация. Неприятный писк оглушал больных и персонал

около 10 минут. Медсестры бегали по коридору, проверяли палаты, врываются в курилку с криками:

– Народ! Хорош курить! Мы уже горим!

До выяснения обстоятельств нам запрещали дымить в туалете и грозились отобрать зажигалки. Оказалось же, что это молоденькие медсёстры закрылись в процедурном кабинете и курили, чуть не устроив пожар.

В больнице мы часто смотрели тематические фильмы о психушках, окунаясь в знакомые реалии. Фильмы были американскими, но мы находили много корреляций с российскими больницами. Но главное отличие, как по мне, заключается в разговорах.

В отличие от фильмов, медсестра никогда не назовёт тебя «дорогуша». Скорее, тебя просто безлично одернута поставленным голосом: «Куда это мы пошли?!»

В фильме тебя берут за локоток и проводят экскурсию по больнице, в реальности у тебя пытаются вскрыть прокладки, дабы убедиться, что там не спрятано лезвие. Об экскурсии не может быть и речи. Тебя с облапанными вещами заводят в острую палату и запирают за тобой дверь на ключ.

Практически полностью отсутствует человеческое общение между пациентом и медсестрой/санитаркой (именно с ними, с врачами дело обстоит совершенно иначе). Максимальная близость к медсестре – это когда тебе дают таблетки до того, как ты назовёшь свою фамилию: бонус тем, кто давно лежит. Тебя запомнили, ты освоился и перестаёшь съёженно ползти вдоль стенки, тихо бормоча свою фамилию.

Однажды подруга привезла мне шоколадный торт. Красивенький, круглый – я отнесла его в палату с планами съесть с соседками после обеда. Вот только есть его оказалось решительно нечем. Из столовой ничего не вынесешь, а домашние ложки отобраны. Собравшись с духом, я отправилась к Ирине Маратовне. После недолгих поисков моя ложка нашлась в одном из запертых ящиков. Я уже победно держала её в руке, когда медсестра вдруг предложила:

– А давай я тебе взамен несколько пластиковых дам.

– Думаете, я ей себе глаз выколю? – смеюсь я. – Или кого-нибудь по лбу бить буду?

– Нет, с помощью такой ложки можно открыть все наши двери.

Мысли о дерзком плане побега с тортом под мышкой на секунду засветились хитрым огоньком в моих глазах. Этого оказалось достаточно, чтобы Ирина Маратовна выхватила ложку из моих рук и закрыла её обратно на ключ в шкаф.

Тут надо объяснить, по какому принципу запираются все двери. Ванная комната, дверь на этаже, процедурный и лекарственный кабинеты лишены дверных ручек. Вместо них – лишь отверстия, в которые персонал вставляет что-то между железной дверной ручкой и ключом. Подобную систему можно встретить в поездах метро в дверях между вагонами. Вот и была открыта тайна запрета на ложки, осталось узнать, что не так с ватными палочками (вдруг они открывают вход в Нарнию? Ну, или хотя бы в Тайную комнату).

Со своей ложкой я попрощалась, взамен получила обещанные пластиковые.

– Во, держи! – помпезно вручили мне набор ложек. – Их столько, что и застрелиться можно!

Как по мне, так это отличное напутствие в остром суицидальном отделении.

Я угостила тортом всех соседок, никто не отказался. Даже вошедшая в нашу палату новенькая. Она благодарно взяла самый маленький кусочек и аккуратно присела на край моей кровати. Доев, она кивком ещё раз поблагодарила меня и ушла.

Вскоре в коридоре послышалась музыка. Это был не привычный Басков, не начало вечернего шоу и даже не репортаж с места событий. Это было пианино.

Словно очарованные гамельнским крысоловом, психи выглядывали из своих палат и шли на звук.

В зоне общего отдыха новенькая девочка оживляла инструмент. Мы сгрудились вокруг и молча слушали, боясь спугнуть. Но вскоре музыка прекратилась, девушка закрыла крышку пианино и грустно вздохнула:

– Пианино не расстроено, оно плачет навзрыд.

Вся ситуация казалась настолько театральной, что большая часть психов почувствовали себя неудобно и поспешили обратно в палаты. Я же пыталась уговорить девушку поиграть ещё. Неожиданно она взяла меня за руки и уже собралась что-то сказать, как сбилась и произнесла другое:

– У тебя такие ладошки холодные.

– Да у меня всегда так, – ответила я, а девушка начала согревать их своим дыханием.

– Это всё от сердца. Оно у тебя очень горячее.

Мне было неловко от такой близости с незнакомым человеком, и я прикидывала различные планы побега. Но девушка сама оставила в покое мои руки и спросила:

– Я тебе мешала сегодня спать? Прости.

– Что? Нет, я тебя впервые вижу.

– Я кричала ночью.

– Не слышала, меня рвало всю ночь, – призналась я.

– А у меня был медицинский невроз.

Я не знаю, что это за невроз такой и существует ли он вообще, но пианино мы больше не слышали. Позже я узнала, что через три дня Юлю (так её звали) перевели в другую, более строгую психушку.

* * *

Навещаая меня в больнице, мои друзья не уставали удивляться персоналу и пациентам:

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.