

УДК 616.89(049.3)

Завтра я всегда бывала львом Арнхильд Лаувенг. Пер. с норвежского. Самара: ИД «Бахрах-М», 2009. 288 с.

«Одна половина человечества не имеет представления, как живет другая» – так открывается автобиография английского пациента начала XX века. Богатые не понимают бедных, атеисты – богобоязненных, но всего труднее, полагает он, здоровому понять сумасшедшего [3]. Наш современник, автор книги, расширенный реферат и комментарии которой предлагаются далее, рассказывает о перенесенном с 17 до 26 лет (весь возрастной период) психозе как эксперт на основании уникального опыта и как профессионал (клинический психолог).

До болезни. Послушная жизнерадостная девочка, радость благополучной семьи. Хорошо училась в школе и мечтала стать психологом.

«Предполье» психоза заняло, как обычно, до трех лет: «как будто в ясный солнечный день медленно напознала туманная дымка». Мир утратил краски, была мысль, что она уже умерла. Испытывала страх, злость и отчаяние. Не могла вербализовать переживания, настолько они были «особыми», но, подчеркивает, оставалась собой, тосковала по прежней хорошей жизни. Продолжала успешно учиться «через не могу». «Неожиданные» для окружающих суицидальные попытки привели ее к психиатру.

Диагноз психоза для молодой девушки стал катастрофой, ей не объяснили (Арнхильд-психолог этому теперь учит пациентов), что шизофрения – «разная» (психоз по структуре близок к шизоаффективному), диагноз – основание для оказания помощи, он преходящ и не затмевает надежды преодолеть недуг. Впереди, однако, были новые парасуициды, череда госпитализаций (суммарно 7 лет).

Лабиринт психоза. Арнхильд как психолог истолковывает теперь симптомы психоза как зашифрованный (метафорический) ответ на неразрешенную жизненную ситуацию (Э.Крепелин скептически относился к фрейдистским комплексам больных шизофренией: острый психоз «поражает отсутствием аффективно-подчеркнутых содержаний из реальной жизни»), ищет их корни в жизненном опыте, что не далось просиживающему часами с пациентами К.Юнгу; рассматривает их как дурную привычку, суррогат пустой действительности. Так, автор выделяет «послушные приятные голоса», вызываемые произвольно (врачам известен

этот клинический феномен), скрашивающие пугающее одиночество и монотонные будни в жестко структурированной больничной среде. Напоминает, что симптом не должен закрывать страдающего человека. Когда «твои слова теряют смысл и превращаются в симптомы, чувствуешь себя одинокой, и все вокруг мрачно». В романе Джоан Гринберг «Розовый сад я тебе не обещаю» (его вспоминает Арнхильд) больная шизофренией кричит от боли в ногах и безуспешно зовет медсестру. Ведь «когда кричат сумасшедшие – это лишь крик сумасшедшего». Пренебрежение интернистов к жалобам любого рода отмечают и отечественные пациенты и их близкие [2]. Психоз не охватывает всего «Я», хотя размывает границы между реальным и болезненным (психоз не достигает фазы апокалипсиса по К.Конраду). Ряд фактов выпал из памяти, но в хаосе путаницы мыслей, «голосов» и видений девушка держалась за мечту как за спасательный круг: когда все «это» пройдет, она еще наведет порядок в жизни, вернется в школу, еще станет психологом. У Арнхильд личная (ведь она «оставалась сама собой») война с разнообразными, большей частью фантастическими слуховыми и зрительными галлюцинациями, даже до поры безуспешная. Пока же стыдно было быть растрепанной, плохо без ванны. Внимательно ловит вести из изолятора: сожалеет, что на больничную конференцию не зовут пациентов, но предвкушает послабление режима.

Больничные будни показаны нагромождением разбитых надежд и разрушенных планов. Видный представитель движения выздоровления, коллега Арнхильд, P.Deegan [6] с горечью вспоминает, как стояла «одурманенная и скованная в коридорах психиатрической больницы, когда одноклассники ходили в колледж. Мы воспринимали время как предателя». Стремление к членовредительству автор отчасти объясняет скукой и казенной бездушностью больничного бытия. Арнхильд, в отличие от ряда сторонников движения выздоровления, полагаящих, что восстановление «гораздо больше зависит от самопомощи и сотрудничества, чем от лечения» [5], ценит профессиональную помощь, хотя и отмечает ее типовые недостатки в связи с упором на лекарственный контроль и попечение [созвучно с 2, 4]. Заваленный работой персонал не проявляет

и обычные человеческие качества как сопереживание. История не нова. Джон Персиваль, автор «Повествования о лечении, полученном джентльменом в умственном расстройстве» (1838), сообщает, что при 1,5-годичном пребывании в дорогих приютах персонал никогда не выслушивал его просьб и не разговаривал с ним как с человеком [цит. по 3]. При современной оценке качества психиатрической помощи отечественные пациенты и их близкие высоко ранжируют доверительные отношения с персоналом [2]. Врачи не спрашивали, чем живет Арнхильд, как зовут ее подруг, как проводит досуги, что будет делать дома, но регулярно проверяли ее ориентировку в месте и времени. Дом человека там, где его зубная щетка. И она годами ждала, когда ее с зубной щеткой перевезут куда-либо. За годы лечения добром запомнились пять санитаров, два полицейских (участвовали в насильственной госпитализации) и врач. Немало. С младшим медперсоналом, проводившим с ней дни и ночи, был более доверительный контакт. «Одна санитарка спросила, где я живу. Я назвала номер своей палаты. – Нет, – удивилась та, – я о твоём доме». Вежливое и уважительное отношение как с человеком обязывает. Персоналу необходимо умение находить подходящие темы бесед с пациентами. В связи с самопорезами и суицидами под влиянием «головов» и на фоне депрессии, побегами неоднократно лечилась недобровольно, в изоляторе, привязанной к постели. Подчеркивает, как в психозе важны спокойные голоса, ясные слова: «Не бойся». И умелые, спокойные, твердые руки персонала. И как опасны торопливые, жесткие, неуверенные помощники. Помнит спустя годы, как тащили ее, бьющуюся в слезах, в задравшемся свитере, наступая на ее волосы по коридору в изолятор. Но настоящий бой «с битьем о стенку, воплями в голове начинался только в палате». Порой переволакивали через порог так, что она билась о него головой, прижимали к бетонному полу, прижимали голову к подушке, чтобы от нехватки воздуха она перестала сопротивляться. Принуждение не исключает уважения, уход и забота с применением физического насилия, без которого ее (понимает) не было бы в живых. Разница между *ужасно*, *терпимо* и *безопасно* (выделено автором) зависит от того, как это делается. Применение силы без рассуждения и без уважения причиняет больному неискоренимый вред.

О лекарствах. При насильственном лечении (испытывала боль и унижение, когда в нее «всаживали иглу»), казалось, было больше побочных действий. Верно и обратное: при доверительной терапевтической связи с врачом переносимость лечения лучше [4]. Для врача важна степень приемлемости отдельного побочного действия лекарства для конкретного пациента [8]. Постоянная сонливость и усталость препятствовали восстановлению Арнхильд. Ее коллега и товарищ по несчастью R.May описывал лечение как непереносимое из-за того, что «душевное равнодушие» к симптомам психоза

перенесено на все стороны его жизни [7]. Арнхильд пытается ретроспективно (это ей не объясняли вовремя) отделить симптомы болезни от побочных действий лекарств. В депрессивном психозе побочные действия казались наказанием. Попытки отказа от лекарств (роль близких в контроле внебольничного лечения не прописана) приводили к скорым регоспитализациям. Арнхильд не солидарна с P.Deegan, видящей в отказе от лечения реализацию права больного на риск, а в новом витке психоза – особую мудрость. Психоз для Арнхильд «очень утомителен» («безумие как опыт ужасно» – определеннее заметила в свое время Вирджиния Вулф), и отказ от лекарств влечет новые беды.

Психосоциальная помощь. Высокие дозы нейролептиков сами по себе не обеспечивали самостоятельности Арнхильд. Но она искала и находила человека, за которого можно держаться среди «рушащегося мира». Она благодарна труднструкторам, развеявшим ее убеждения хронического неудачника-неумехи, подавившим чувство унижительной бесполезности (видимо, усугубляемого депрессией). Человеку не все равно, с какими ожиданиями к нему подходят окружающие. Вспоминает в одном ряду сиделок, психотерапевтов, социальных работников, членов семьи, понимавших жизнь, не торопивших, но приближавших спокойно и неторопливо выздоровление и не отчаявшихся при временных отступлениях (рецидивах). Они пробуждали надежду на лучшую жизнь, мечту, определяли с Арнхильд цель (выздоровление даже при неясности будущего), придающую смысл любой судьбе.

Возвращение домой. Арнхильд не в обиде на мать за инициацию лечения, понимает защитную роль недобровольной госпитализации. Дома сервированный стол означал для Арнхильд, что ей доверяют, и она не перебила любимые ранее красивые вещи, не причинила вред себе. Она не хотела более умирать, «забрехала крошечная надежда». Преходящая тоска, объясняемая внешними невзгодами и сохраняющимися «голосами», не определяла более ее поведение. При возврате к обычной жизни особенно нужна сторонняя дружеская помощь вне круга профессионалов и семьи. Дружеское общение с теми, для кого она была не «абстрактным диагнозом» необходимо. Теперь у Арнхильд новые проблемы: отдаление от ушедших вперед сверстников, неожиданные трудности обучения (рассеянность). Арнхильд отказывается от социального пособия несколько скоропалительно. Расходы на лечение тут же пробивают дыру в бюджете семьи. Работа не должна быть подачкой больному от общества, но этот приз нужно еще заслужить. Не удастся сразу устроиться добровольцем из-за «навешенного ярлыка больной». Она не хочет быть больной, но миссия здорового пока невыполнима. Добилась самостоятельно (соответствующие службы бессильны) места помощницы профессора – ценит доброжелательное отношение, свободный ритм работы, неполный рабочий день. Период вос-

становления занял, как и продромальный, несколько лет.

Барьерами возвращения в обычный мир автор полагает стигматизацию («бомбу замедленного действия»), дискриминацию, отказ от поддерживающей терапии, малую информированность о лечении, «погружение в роль больного», недостаточные навыки совладания с остаточными симптомами психоза (вырабатывала их сама) и выявления ранних симптомов рецидива, недостаточное осознание своей болезни и временных ограничений, завышенные ожидания в отношении своих задач и возможностей, отсутствие смысла жизни.

Выздоровление для Арнхильд – неотъемлемая часть ее жизни, путь обучения и развития личности вопреки обстоятельствам. Считает, что ей «невероятно повезло» (это лейтмотив рассказов многих выздоровевших): осталась живой, шанс выздоровления был призрачно мизерным. Веруя в благого Бога и личную молитву, она стала лучше, терпимее и сострадательнее к своим близким и подопечным. Так исполнена сверхзадача выздоровления – «более основательно стать человеком» [6]. Арнхильд чувствует себя «хорошо, очень хорошо», живет «богатой полноценной жизнью». Приобрела долгожданную профессию, но для благополучия, отмечает она, не обязательно исполнение мечтаний юности. У нее планы, мечты и дела. Арнхильд ценит малейшую свободу выбора: к примеру, что приготовить на обед. Не принимает 10 лет лекарств, хотя бывает с утра «усталая». При воспоминаниях о физическом стеснении у нее ноют запястья, не терпит белых («больничных») простыней. Но Арнхильд не забыла и некоего санитаря изолятора. Тот по зову души рассказывал ей, что происходит в мире, «разрешал быть человеком», они рисовали. Арнхильд выбрала нужные краски в палитре своей судьбы.

Критическая оценка пациентами психиатрической помощи вдохновила клиническую философию и лечебную практику, основанные на доброте, сочувствии, уважении и надежде на выздоровление [12]. Исповедальная литература о преодолении тяжкого психического недуга, как сборник ООИ «Новые возможности» [4], поддерживает международное движение выздоровления в психиатрии, объединяющее профессионалов и группы самопомощи. На психообразовательных занятиях с участием профессионалов и активистов «Новых возможностей» передается опыт выздоровления последних. Антологию частных историй «как это» быть больным и выздороветь использу-

ют правительства (например, Новой Зеландии) и профессионалы в разработке программ психиатрической помощи, обращенных к реальным и растущим по мере восстановления нуждам больных и их близких [1], и в антистигматизационных кампаниях. Клиническое руководство NICE [8] предлагает дать пациенту возможность описать опыт болезни и оценить его. Рассказ Арнхильд привлекает внимание к внутренней картине болезни, личностным ценностям, социальным связям, необходимости партнерства пациентов в планировании и проведении лечения «правильным лекарством правильного больного», само- и взаимопомощи, имеет четкую лечебно-реабилитационную направленность. Преморбид, мотивация, критика к болезни, биопсихосоциальное лечение, поддержка семьи, обретение смысла и цели жизни, вера в себя – ключевые темы рассказов выздоровевших [4]; среди них – голос Арнхильд. Сегодня зона ответственности за результат лечения все более смещается от профессионала к пациенту и его близким. Автор книги – не молчаливый свидетель лечения, но цельная личность с предпочтениями и потребностями. Категории выздоровления Арнхильд следующие: активное совладание с симптомами и клинико-социальными последствиями психоза, воскрешение надежды, растущий оптимизм, понимание проблемы, изменение себя, примирение с временными ограничениями недуга, социальное вовлечение и восстановление благополучия жизни. В рассказе Арнхильд, как и других выздоровевших [10], удивительны примеры пользы людей, верящих в будущее пациента. Автор сообщает об аспектах отношений «пациент/персонал», вселяющих надежду как неперемное условие выздоровления [9, 11]: 1) признание ценности пациента как человека; 2) сопереживание и понимание; 3) вера в способности и потенциал больного; 4) уважение его приоритетов и интересов; 5) принятие неудач (рецидивов) как шагов на пути выздоровления; 6) поиск источника надежды и подавление безысходности; 7) обучение врача и его пациента с опорой на общий опыт.

«Все мы несем весть надежды и восстановления людям» – пишет Р. Deegan от имени всех выздоровевших. Выразительный безыскусный рассказ Арнхильд (спасибо и переводчику), вызывает живое сопереживание и служит источником информированного оптимизма для пациентов и их близких, профессионалов, всех занимающихся и интересующихся проблемами охраны и восстановления психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении: Концепция «recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–14.
2. Любов Е.Б., Левина Н.Б. Оценка больничной помощи пациентами и их близкими, проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи / Под ред. О.В.Лиманкина. СПб., 2009. Т. 1. С. 486–493.

3. Портер Р. Краткая история безумия. Пер. с англ. М.: АСТ-Астрель, 2009.
4. Преодоление / Сост. Н.Б.Левина, Е.Б.Любов / Под ред. И.Я.Гуровича. М.: ООИ «Новые возможности», 2009. 129 с. <http://nvm.org.ru/preodolenie.ht>
5. Coleman R. Recovery: An alien concept. Gloucester: Hansell Publishing, 1999.

6. Deegan P.E. Recovery: the lived experience of rehabilitation // Psychosoc. Rehab. J. 1988. Vol. 11. P. 11–19.

7. May R. Understanding psychotic experience and working towards recovery // Psychological interventions in early psychosis / P.McGorry, J.Gleeson (Eds.). Chichester: Wiley, 2004.

8. National Institute for Clinical Excellence (NICE): Treating and managing schizophrenia (core interventions): Understanding NICE guidance – information for people with schizophrenia, their advocates and carriers, and the public. London, 2002.

9. O’Hagan M. Recovery competencies for New Zealand mental health workers. Wellington: Mental Health Commission, 2001. http://www.mhc.govt.nz/publications/2001/Recovery_Competencies.pdf

10. Ramsay R., Page A., Goodman T. et al. Changing minds: Our lives and mental illness. London: Gaskell, 2002.

11. Repper J., Perkins R. Social inclusion and recovery. London: Bail-lire Tindall, 2003.

12. Tuke S. Description of the retreat, 1813. Reprinted with an introduction / K.Jones (Ed). London: Process Press, 1996.

Н.Б.Левина, Е.Б.Любов
Москва

**«ЗАВТРА Я ВСЕГДА БЫВАЛА ЛЬВОМ»
АРНХОЛЬД ЛАУВЕНГ.**

Пер. с норвежского. Самара: ИД «Бахрах-М», 2009. 288 с.

Расширенный реферат автобиографии пациентки, выздоровевшей после шизофрении, ставшей клиническим психологом.

Ключевые слова: шизофрения, выздоровление, самоописание.

“NEXT DAY I WAS ALWAYS A LION” BY ARNHILD LAUVENG.

Translated from Norwegian. Samara: Publ. House «Bakhrakh-M», 2009. 288 p.

This is an extended summary of an autobiographic book written by a woman that recovered from schizophrenia and became a clinical psycho-

logist.

Key words: schizophrenia, recovery, self-description.

Левина Нелли Борисовна – Председатель ОООИ «Новые возможности»; тел. (499) 748-1457
Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru