
ПРОЕКТ ВЕКТОР
ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №3
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
АНДРЕЙ СЕДЫХ

Андрей Седых
Проект Вектор

https://litres.ru/74708912
SelfPub; 2026

Аннотация

Что, если страх – это не слабость, а последнее, что удерживает человека от гибели?

Ночная смена в психиатрической больнице Санкт-Петербурга оборачивается кошмаром, когда пациент наносит себе смертельную рану и даже не пытается остановить кровь. Он в сознании, понимает, что происходит, но не чувствует ни боли, ни страха. Еще вчера его мучила тревога, а сегодня ему все равно, останется ли он жив.

Для молодого врача-психиатра Дмитрия Волкова это не просто странный клинический случай. Вместе с Сергеем Винтером – гениальным хакером с опасными связями и собственными тайнами он начинает собственное расследование.

След ведет от больничных историй болезни к закрытым военным исследованиям и заброшенной лаборатории в Тбилиси. Там скрывается технология, способная изменить саму природу человеческого страха. Кто-то решил превратить ее в идеальное оружие, и теперь Волкову предстоит выяснить, сколько чужих жизней допустимо поставить на кон ради безопасности остальных.

Содержание

ГЛАВА 1. НОЧНАЯ СМЕНА И АНОМАЛИЯ 6
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА «АРГУС» И ЦЕНТР УПРАВЛЕНИЯ 17
Конец ознакомительного фрагмента. 26

Андрей Седых
Проект Вектор

Психологический триллер

Автор: Андрей Дмитриевич Седых

Что, если страх – это не слабость, а последнее, что удерживает человека от гибели?

Ночная смена в психиатрической больнице Санкт-Петербурга оборачивается кошмаром, когда пациент наносит себе смертельную рану и даже не пытается остановить кровь. Он в сознании, понимает, что происходит, но не чувствует ни боли, ни страха. Еще вчера его мучила тревога, а сегодня ему все равно, останется ли он жив.

Для молодого врача-психиатра Дмитрия Волкова это не просто странный клинический случай. Вместе с Сергеем Винтером – гениальным хакером с опасными связями и собственными тайнами он начинает собственное расследование.

След ведет от больничных историй болезни к закрытым военным исследованиям и заброшенной лаборатории в Тбилиси. Там скрывается технология, способная изменить саму природу человеческого страха. Кто-то решил превратить ее в идеальное оружие, и теперь Волкову предстоит выяснить, сколько чужих жизней допустимо поставить на кон ради безопасности остальных.

Потому что самое страшное оружие – не то, которое лишает человека жизни, а то, которое лишает его страха перед смертью.

ГЛАВА 1. НОЧНАЯ СМЕНА И АНОМАЛИЯ



Санкт-Петербург, психиатрическая больница №3. 03:15.

В армии меня учили простому правилу: сначала определи непосредственную угрозу, а потом уже вовсю разбирайся в обстоятельствах. Никогда не позволяй эмоциям занимать оперативную память. Потому что, когда у человека здесь и сейчас кровотечение, нет особого смысла разбираться в том, как именно он попал в подобную ситуацию. Для начала необходимо сделать так, чтобы он выжил.

Ночное дежурство в психиатрическом стационаре зачастую имеет сходство с военно-полевой хирургией. Единственное, вместо осколочных, минно-взрывных и пулевых ранений на моем участке фронта были галлюцинаторно-бредовые состояния и психомоторное возбуждение. Несмотря на это, принцип оставался таким же: холодная голова и безупречное знание алгоритмов. Даже если все вокруг выходит из-под контроля!

Я спокойно сидел в ординаторской, просматривал очередные короткие ролики из интернета, пил остывший кофе и параллельно пытался разбирать истории болезни своих пациентов. За окном шел снег, а свет люминесцентных ламп делал стены больнично-белыми, а лица на старых фотографиях в коридоре одинаково усталыми и скучными. После службы в военной медицине я так и не привык к этой подозрительно спокойной тишине. В медицинском отряде специального назначения тишина зачастую означала, что раненых больше

нет. Но на гражданке не всегда все так, особенно в психиатрии.

Дверь резко открылась.

– Дмитрий Валентинович! У нас здесь попытка суицида!

На пороге появились санитары нашего отделения, Валерий и Станислав. Между ними, почти без опоры на ноги, шаркающей походкой зашел мужчина средних лет в синей больничной пижаме, которую в медслужбе ласково называют «калечка». Санитар Валера прижимал к его предплечью уже окровавленную марлевую повязку. Кровь капала на пол.

Я быстро поставил кружку на стол.

– Кладите его на кушетку. Валера, быстро зови медсестру. Стас, давай рассказывай, что именно произошло.

Мы расположили пациента на кушетке, и я надел перчатки, осторожно ослабил повязку, чтобы оценить повреждение. Это была неровная глубокая зияющая рана, которая сильно кровоточила. По словам санитаров, пациент самостоятельно вскрыл себе предплечье осколком разбитого оконного стекла. Кровотечение мы остановили прямым наложением давящей повязки.

– Когда это произошло?

– Минут десять-пятнадцать назад, – ответил Стас. – Мы услышали нехарактерный шум, зашли в палату. Пациент сидел у кровати, смотрел на нас без эмоций, стекло валялось рядом.

– Кто-нибудь из медицинского персонала или пациентов

видел, как он это сделал?

– Нет.

– Стекло из окна?

– Похоже на то. Да, точно из окна. Мы сразу выкинули стекло в мусорку.

Я кивнул и снова посмотрел на пациента.

Мужчине было около сорока лет. По телосложению худощавый, с короткими темными волосами. На его лице не было ни страха, ни даже малейшего напряжения. Он не пытался отстранить руку, даже не задавал вопросов. Просто лежал на боку и смотрел в стену.

– Как его зовут?

– Николай Петрович, – ответил Стас. – На нашем отделении около двух месяцев с депрессивным эпизодом. Вообще довольно спокойный пациент, никогда проблем не доставлял.

Я проверил пульс на лучевой артерии и измерил артериальное давление, беглым взглядом оценил общее состояние и уровень сознания на предмет помрачения или выключения. Мне нужно было исключить последствия кровопотери, быстро определить тяжесть повреждения и организовать осмотр городским дежурным хирургом.

– Николай Петрович, вы меня слышите?

– Слышу.

Его голос ровный, тихий, спокойный. Не сильно уж заторможенный. Он повернул голову ко мне.

– Вы знаете, где сейчас находитесь?

– В больнице.

– Какое сегодня число и день недели, помните?

Николай Петрович ответил верно. Назвал свое имя, он узнал меня и очевидно понимал, что произошло. На мои вопросы он реагировал без заметной задержки, почти сразу. Речь была связной, последовательной. Мышление без качественных и количественных изменений. Да и я не заметил явных признаков спутанности сознания.

– Что случилось с вашей рукой?

Он спокойным взглядом посмотрел на предплечье.

– Я ее порезал.

– Чем?

– Стеклом.

– Вы понимаете, что рана серьезная?

– Я это понимаю.

Он произнес это так, словно только что мне подтвердил, что за окном действительно идет снег и земля круглая.

Я продолжил осмотр и оценку психического статуса. Николай Петрович не сопротивлялся, не выдавал негативные протестные реакции и спокойно выполнял мои инструкции. Когда я попросил его аккуратно пошевелить пальцами, он это сделал без затруднений. Чувствительность кисти сохранялась. Моя задача была первично оценить повреждение, а не причинять пациенту лишнюю боль, поэтому я старался лишний раз не трогать рану.

– Николай Петрович, вам больно?

Он на секунду посмотрел на руку.

– Нет.

– Совсем?

– Совсем.

Я взглянул на его лицо повнимательнее.

Боль не всегда отражается на лице. Я видел раненых военнослужащих, которые громко шутили во время обработки ожогов и извлечения множественных осколков, и людей, которые теряли сознание от небольшого пустякового пореза. Страх тоже не имел единственного выражения. Отсутствие гримасы боли само по себе ничего еще не доказывало.

Но в поведении Николая Петровича было что-то еще. Что-то, что выбивалось из привычного шаблона.

Не то чтобы хладнокровное спокойствие, а скорее отсутствие видимой заинтересованности в том, что с ним происходило.

– Зачем вы это сделали? Зачем нанесли себе повреждение?

– Я не знаю.

– Вы хотели лишить себя жизни?

Он повернул голову к потолку.

– Раньше я этого действительно хотел.

– А сейчас?

– Сейчас мне уже все равно.

Санитар Валера за моей спиной переступил с ноги на но-

гу. Его товарищ по оружию Стас молчал.

Я продолжил задавать вопросы пациенту, не меняя тона. Мне нужно было понять, сохранялось ли суицидальное намерение, были ли у пациента галлюцинаторно-бредовые переживания, может быть, имеет место употребление психоактивных веществ или другие симптомы, которые могли хоть как-то объяснить произошедшее.

Николай отвечал связно и логично. Он не отрицал, что сам повредил руку. Сообщал, что на момент нанесения самоповреждения понимал, что может потерять много крови и вообще умереть. Отрицал, что делал это под действием голосов или третьей силы. Но и объяснить собственный поступок не мог. Просто сделал и все, без страха и малейших сомнений.

– Он раньше вел себя странно? – спросил я санитаров, не прекращая наблюдения за пациентом.

Валера покачал головой.

– Нет. Он совсем был другой.

– В каком таком смысле другой?

– Плакал постоянно. Ночью часто не спал. Несколько раз просил выписать его, говорил, что больше не выдерживает здесь. Мы его успокаивали. А сегодня весь день спокойный, как будто познал дзен.

– Получал лекарства по назначению? Не пропускал?

– Насколько мне известно, все получал строго по расписанию. Медсестра посмотрит в листе назначений.

Я попросил санитара принести историю болезни и лист назначений. Затем вызвал дежурную медсестру и организовал по телефону срочный осмотр хирурга. Из-за глубины раны у пациента требовалось исключить повреждение сосудов и сухожилий, а также провести первичную хирургическую обработку раны. Разумеется, вплоть до выяснения всех вероятных причин изменения состояния Николай Петрович нуждался и в постоянном надзоре.

Я также попросил оперативно проверить, не менялись ли в последние дни или недели лекарственные назначения и не получал ли он препараты, которых не было назначено.

Но все же мне не нравилось другое. Изменение в его состоянии, по словам персонала, произошло очень быстро. Вчера человек не мог уснуть от тревоги, сегодня спокойно смотрел на собственную кровь без каких-либо эмоций. Между этими состояниями могла быть причина, которую мы пока не видели. Неужели это так проявляется тяжелый депрессивный эпизод? Почему так резко? Психотических проявлений я не увидел.

Для начала требовалось разобраться в том, что произошло на самом деле.

Пока мы ждали дежурного хирурга, я снова сел рядом с пациентом.

– Николай Петрович, а вы вообще помните, когда в последний раз чувствовали страх? Или тревогу? Это, конечно, разные состояния, но расскажите своими словами.

Он задумался.

– Я не знаю.

– Ну, может быть беспокойство по поводу чего-либо?

– Тоже не знаю.

– Вы чувствуете что-нибудь прямо сейчас?

Он перевел взгляд на меня. Впервые за все время посмотрел прямо в лицо, хотя и ненадолго.

– Доктор, а я должен что-то чувствовать?

Я не ответил ему сразу.

Вопрос был вполне обычным. Пациенты часто задавали подобные вопросы. Но в его голосе действительно не прослеживалось ни растерянности, ни даже попытки уклониться от ответа. Мне показалось, что он действительно не понимал, почему я задаю ему такие вопросы.

В помещение резко зашла медсестра вместе с дежурным хирургом. На удивление, в этот раз его привезли достаточно быстро. После первичной оценки хирург решил перевести Николая Петровича в НИИ скорой помощи имени Джанелидзе для дальнейшего обследования и лечения. Ему нужно было исключить осложнения ранения и отсеять возможное токсическое воздействие на психику.

Я подробно передал хирургу наблюдаемые факты.

Когда Николая Петровича перекладывали на носилки, он вдруг спросил меня:

– Док, а правда, если человек больше совсем ничего не боится, это значит, что он абсолютно здоров?

Я внимательно посмотрел на него.

– Нет, Николай Петрович. Само по себе это ничего такого не значит.

– Понятно.

Он спокойно закрыл глаза.

Через несколько минут двери за бригадой скорой закрылись. В коридоре снова стало спокойно и тихо.



Я вернулся в ординаторскую, снял латексные перчатки и вымыл руки в раковине. На столе остывал мой кофе. В истории болезни Николая Петровича не было ничего необычного: стандартный анамнез, описывающий депрессивный эпизод, дневники наблюдения, стандартные назначения, записи о жалобах на тревогу, эмоциональную лабильность и подавленность.

Я беглым взглядом просмотрел все записи. Накануне вечером дежурный врач отметил, что пациент плохо спал, но от приема пищи не отказывался и на вопросы отвечал по существу, был контактен. Никаких признаков острого изменения психического состояния в медицинской карте зафиксировано не было.

Я открыл лист назначений. Препараты были знакомыми, дозировки не менялись несколько дней подряд. В записях медсестер не было упоминаний о пропущенных приемах или необычных реакциях. Понятно, что этого могли не отразить, но все выглядело вполне обыденно.

И именно это не давало мне покоя.

Я не понимал, что именно произошло с пациентом. Данных пока не хватало, чтобы уверенно говорить хоть о чем-то. Нужно наблюдать в динамике.

Но его вопрос я не мог выкинуть из головы.

А если человек совсем больше ничего не боится, это значит, что он абсолютно здоров? В голове всплыла шутка про недообследованных, но ситуация серьезная.

А в это время за окном продолжал идти снег. Я закрыл историю болезни, но через несколько секунд снова открыл ее.

Я еще не знал, что именно ищу.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА «АРГУС» И ЦЕНТР УПРАВЛЕНИЯ



Утро в психиатрической больнице имело запах казенной хлорки, остывшей каши из пищеблока и крепкого чая, который медсестры заваривали прямо в стеклянных стаканах. За окнами стоял родной город Санкт-Петербург. Ночной снег превратился в грязную кашу, по которой ползли редкие машины.

Я сдал дежурство, однако уходить домой не спешил.

Врачебная привычка, после ночного дежурства нужно хотя бы час посидеть в тишине, чтобы мозг перестал работать в режиме «бей-беги». Иначе придешь домой, ляжешь на диван, а перед глазами все равно будут крутиться лица, диагнозы и истории болезни.

В ординаторской было душно. Я открыл окно, впустив в комнату холодный петербургский воздух и шум проезжающих машин. На столе стоял мой остывший кофе и лежала папка с историей болезни Николая Петровича.

Я сделал глоток кофе и поморщился, он был отвратительным, дешевый, переваренный, с привкусом жженого пластика, но это было единственное, что поддерживало меня в вертикальном положении.

В зеркале на стене я увидел свое отражение: худощавое бледное лицо, мешки под глазами, мятая рубашка. Молодой врач-психиатр Дмитрий Валентинович Волков. Звучит солидно, если не знать, что я здесь работаю всего пару месяцев, а чувствую себя так, будто отпахал десять лет в полевом

госпитале.

СПРАВКА-ОБЪЕКТИВКА. Волков Дмитрий Валентинович, 30 лет. Образование: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. Капитан медицинской службы запаса, в прошлом командир медицинской роты, начальник медицинского пункта. Текущий статус: врач-психиатр ПБ №3. Психологический профиль: стрессоустойчив, обладает выраженной профессиональной деформацией по типу гипертрофированной эмпатии и гиперответственности. В экстремальных ситуациях действует хладнокровно, опираясь на алгоритмы. Склонен к анализу и рефлексии. Уязвимые места: доверчив к лицам, не проявляющим явной агрессии. Имеет риск эмоционального выгорания. Склонен к нарушению субординации при столкновении с несправедливостью.



История болезни Николая Петровича все еще лежала передо мной. Я перечитывал записи за последние два месяца, пытаясь понять, в какой именно момент привычная картина перестала складываться.

Затяжное депрессивное состояние, нарушения сна, снижение аппетита. Тихий маломодулированный голос, идеаторная заторможенность, постоянные слезы. В записях дежурных врачей вновь и вновь повторялись жалобы на безнадежность и просьбы о выписке домой. В общем и целом, ничего необычного для отделения, где люди порой неделями не могли найти причин вставать по утрам.

Но за последние сутки все-таки что-то изменилось.

Не улучшилось, а именно изменилось. В медкарте не было ни постепенного восстановления, ни положительной динамики, ни признаков ремиссии. Не было и привычной эмоциональной реакции на происходящее. Человек, который еще накануне настойчиво просил отпустить его домой, теперь спокойно смотрел, как кровь стекает по его руке.

Я закрыл папку, но почти сразу открыл ее снова.

В коридоре послышались тяжелые, протяжные, размеренные шаги. Не шарканье санитаров и не торопливый стук каблуков медсестер. Так ходил человек, привыкший носить обувь с жесткой подошвой и не задумываться о том, кто его слышит.

Дверь ординаторской открылась.

На пороге стоял Сергей Александрович Винтер.

Наш заведующий отделением, кандидат медицинских наук, мужчина лет сорока, коротко стриженный, в прямоугольных очках, тактических штанах с множеством карманов и темном свитере под белым халатом. Внешне он ничем не

отличался от десятков других врачей. Разве что держался слишком прямо, словно даже в больничном коридоре продолжал находиться на службе.

Винтер никогда не повышал голос, ему это было абсолютно не нужно. Когда он входил в ординаторскую, разговоры постепенно затихали сами собой. Медсестры старались заранее подготовить документы на подпись, чтобы не задерживать его своими вопросами. Клинические ординаторы и молодые врачи избегали спорить с ним на обходах: не из страха, а потому, что Винтер умел одним коротким вопросом показать, насколько ты поверхностно разобрался в собственной диагностической гипотезе.

Он редко смотрел собеседнику прямо в глаза. Обычно его взгляд останавливался на бейдже, руках, часах или документах. Складывалось впечатление, что лицо человека интересовало его меньше, чем детали, которые тот предпочел бы не замечать.

Я не знал, было ли это особенностью его характера или сознательно выработанной с годами привычкой.

– Волков, – сказал он вместо приветствия. – Следуй за мной.

Он развернулся и вышел, не проверяя, последую ли я за ним.

В левой руке Винтер держал защищенный ноутбук в матовом черном корпусе. В правой звенела связка ключей.

Я захлопнул историю болезни и пошел следом за ним.

СПРАВКА-ОБЪЕКТИВКА. Винтер Сергей Александрович, 42 года. Образование: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. Старший лейтенант медицинской службы запаса. Текущий статус: к.м.н., врач-психиатр, заведующий отделением в ПБ №3. Психологический профиль: высокий уровень интеллекта, системное мышление, эмоциональная уплощенность (возможно, шизоидный тип личности). Мимика ограничена, не поддерживает светских бесед. Уязвимые места: тотальный контроль, неспособность выстраивать горизонтальные социальные связи, склонность к паранойяльному восприятию действительности.



Мы поднялись на третий этаж, в административное крыло, куда я попадал редко. Здесь было тише, чем в отделениях. Даже запах больницы почти исчезал, уступая место пыли, старому линолеуму и горячему воздуху из вентиляции.

Винтер остановился у двери с табличкой: «Серверная».

– Вы решили совместить работу с отдыхом? – спросил я, кивнув на ноутбук в его руке.

– Я решил не тратить время на лишние помещения.

Он открыл магнитную дверь.

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.