

Об особенностях военной психиатрии и смежных с ней дисциплин

Д.А. ИВАНОВ, О.В. РЫЧКА

*Научно-исследовательский институт проблем военной медицины
Украинской военно-медицинской академии*

Резюме. В статье представлен взгляд на тенденции проникновения в сферу деятельности военной психиатрии таких дисциплин, как психология, неврология, психофизиология, гражданская психиатрия, что во всех случаях в разной степени выраженности ведет к негативным последствиям.

Ключевые слова: военная психиатрия, гражданская психиатрия, психология, психофизиология, неврология, клиническое мышление.

*Мыслящие люди охотно посвящают
себя психиатрии... Психиатрия
удовлетворяет чрезвычайно многие
потребности человеческого ума.*

С.С. Корсаков (1854–1900)

Вероятно, будущее за междисциплинарными пересечениями. Однако для того, чтобы объединяться, необходимо четко очертить границы и устранить их размытость. В последние годы можно было наблюдать, как военная психиатрия мельчала по причине ее сокращения, а ныне она может подвергнуться негативной трансформации в результате ее разбавления психологами (такая тенденция уже есть).

Откуда появилась идея усиления психологами военной психиатрии? Почему, чтобы чувствовать себя увереннее, некоторые психиатры стали прятаться за спинами психологов?

Пожелания специалистов военно-врачебных комиссий (ВВК) в отношении привлечения психиатрами психологов с их тестами в экспертных вопросах (для упрощения понимания психиатрического диагноза) понятны: результаты таких тестов в виде однообразных штампов легче «ложатся на ум». Однако, психологическая объективизация психиатрического диагноза не должна психологизировать сам диагноз.

Психиатрия – это не однообразные штампы. У психиатра – каждый новый пациент – это отдельная история, особая беседа – индивидуальная, творческая, это, так сказать, – новое произведение, в то время как

психолог при обследовании чаще использует стандартные тесты (вопросы психотерапии пока что не затрагиваются).

Второстепенное не может объективизировать главное, а в нашем случае – психологическое не может объективизировать психиатрическое. На косвенном нельзя построить фундамент основного. Психологическое (отдельная часть) может лишь дополнить психиатрическое (цельное). Дополнить, но не заменить!

В психиатрии клиника – это и есть самое, что ни на есть, объективное, самое главное! Да, это трудно дается для понимания представителям других профилей медицины, особенно тем, у кого клиническое мышление занимает второстепенное место.

Вот что об этом сказал, крупный отечественный психиатр Ю.А. Александровский: *«...Если во многих врачебных специальностях высказывания больного, анализ его поведения, особенности внешнего вида играют не основную, а вспомогательную роль, если в руках терапевта имеется стетоскоп, хирургам верно служит рентген и даже у невропатолога имеется молоточек, позволяющий объективно судить о рефлексах, то основным орудием психиатра является умение спрашивать, слушать, быть внимательным и наблюдательным. В случае необходимости для исследования психически больного привлекаются и стетоскоп, и рентген, и резиновый молоточек невропатолога, и множество других самых современных средств, однако, глаза, уши, терпение и человеческий такт остаются для психиатра главными. ...Искусство психиатра, прежде всего, состоит в умении беседовать с больным»* [0].

Для установления конкретного диагноза в психиатрии необходимо учитывать в несколько раз большее количество именно клинических критериев, чем в других медицинских дисциплинах (только астений можно насчитать более десятка: астения с тревогой, астения с тоской, астения с безразличием и т. д.). И самое главное здесь заключается в том, что только тогда, когда это обилие (множество) клинических (психопатологических) симптомов, а затем и синдромов, в своей совокупности (сочетаясь друг с другом) и в своей определенной последовательности, чуть ли не «математически» стройно складывается в конкретный «скелет», можно идентифицировать то или иное психическое расстройство!

Это сложнейший процесс, который под силу только специалисту с основательным клиническим мышлением с включением логических, философских, интуитивно-абстрактных подходов. Вот где объективизация!

Для более ясного понимания членами ВВК (врачами непсихиатрического профиля) насколько непроста проблема психодиагностического поиска, напомним вкратце его принципы.

Первый этап – оценка *сферы* психических расстройств: мышления, восприятия, сознания, интеллекта, эмоций, памяти, внимания и т. д.

Второй этап – определение *уровня* этих расстройств: психотический (психоз), непсихотический (невротический и т. д.) или «дефицитарный».

Следующий этап – определение *характера происхождения* расстройств: психогенный (реактивный), экзогенно-органический, эндогенный.

В конечном итоге, после выяснения *причины* заболевания и установления *предварительного диагноза* при необходимости осуществляется его подтверждение с помощью *параклинических методов*: неврологического, соматического, биохимического, электрофизиологического, экспериментально-психологического и др.

Важнейшими критериями диагноза могут оказаться и *невербальные маркеры*: язык мимики и жестов, психомоторика (характер человека, образно выражаясь, можно определить и «по следам на снегу»), интонация и темп речи, внешние особенности: физиогномика, конституция, диспластика и т. д.

Разумеется, в определенных случаях некоторые психологические методики (ММРІ, ассоциативный эксперимент и др.) целесообразно использовать в диагностической психиатрической практике, но не следует делать из этого культ. Прежде всего, психологические тесты облегчают работу при массовых обследованиях при поступлении в военные учебные учреждения.

Важно не прятаться за результатами психологических тестов (громоздких и малоинформативных или информативных, но на уровне здравого смысла), а профессионально описывать анамнез и психический статус больного в «Истории болезни» и «Свидетельстве о болезни...», да так красочно (можно сказать литературно), чтобы больной «оживал» на бумаге!

Нередко приходится слышать от квалифицированных психиатров утверждение о том, что на начальном этапе развития психических расстройств больными должен заниматься психолог. Наоборот, чем ближе болезнь к своему «зародышу», тем выше должна быть квалификация психиатра, который должен уметь спрогнозировать, как пойдет процесс дальше, во что он выльется, каковы будут течение и тяжесть, как предупредить его развитие...!

Следует вспомнить, что отечественная школа психиатрии (И.П. Павлов, В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, Я.П. Фрумкин, Г.Л. Воронков и др.), в т. ч. и военной психиатрии (И.М. Балинский, В.П. Осипов, А.С. Чистович, Н.Н. Тимофеев, Н.Е. Бачериков и др.), признавалась одной из лучших школ в мире, в то время как американская военная психиатрия считалась размытой и не имела уж очень ярких представителей.

Рассуждая об американской психиатрии, в первую очередь, приходит на ум З. Фрейд с его психоаналитическим направлением на стыке

психологии и психиатрии. Справедливости ради, заметим, что выделение в самостоятельную форму ПТСР – это заслуга американских психиатров.

А вот в области психологии, европейская и американская школы абсолютно доминируют над отечественной психологией: А. Адлер (классический психоанализ), Э. Фромм (неофрейдизм), У. Найссер (когнитивная психология), К. Халл (необихевиоризм), Ж. Пиаже (генетическая психология, Женевская школа) и др. Поэтому, в США отдельные психологи имеют право заниматься некоторыми психическими расстройствами, в т. ч. ПТСР.

В условиях наших реалий, настоящие психологи западного образца в дефиците. Зато формальных, номинальных психологов (малоопытных, но с гонором) развелось бесчисленное количество. Отметим, что даже сами психиатры, военные и гражданские, несколько удалены друг от друга, а военные психиатры и гражданские психологи тем более.

У психолога, если так можно выразиться, мышление по большому счету, горизонтальное (направленное в ширину здоровья), в то время как у психиатра мышление – вертикальное (направленное в глубину болезни).

Не следует забывать, что психология – это не медицина, а психолог – не врач. А значит, в предназначение психолога не может входить и само понятие «терапия» (лечение): будь-то фармакотерапия (медикаментозное лечение), будь-то психотерапия (лечение словом), будь-то (что случается нередко) их комбинация.

Задачей психолога является психологическая помощь, а именно – психологические советы (а в идеале даже не советы, а указание направления для самопомощи). А «советы», как известно, не подразумевают ответственность. К ним можно прислушаться, а можно и не прислушаться.

Психология – это наука о здоровой психике, о психике здорового человека, о психике в пределах нормы. О характере, темпераменте, способностях человека и т. д.

Приведем высказывания классика советской психологии, профессора К.К. Платонова о сути психологической науки: *«Важнейшая задача психологии состоит в ... формировании мировоззрения людей, она помогает человеку познать самого себя, свои положительные качества и недостатки...»* [0].

Тогда возникает вопрос, как так могло произойти, что психологи стали узаконено заниматься пограничной и иной психопатологией (неврозами, расстройствами личности, алкогольной, наркоманической и другими формами зависимого поведения), в т. ч. «экстремальной психиатрией», «психиатрией катастроф», «психиатрией войн», когда психологи берутся лечить острые и затяжные реактивные психозы и т. д., нанося немалый вред.

Все дело состоит в том, что психологи, «... стремясь к изучению только психологии, тем не менее, зачастую оказываются в других областях, проблема психической нормы каждый раз как бы выскальзывает из рук, незаметно покидая пределы психологии, оказываясь в области психопатологии...» [0].

Следует отметить, что пограничная психопатология – это не такие состояния, которые отграничивают норму от патологии (как часто преподносят психологи), а в любом случае – болезнь! (иные абстрактно-отвлеченные размышления отдельных видных психиатров-философов мы здесь не рассматриваем – они могут себе это позволить).

Представляется уместным вспомнить слова классика пограничной психиатрии П.Б. Ганнушкина о том, что: «...В хирургии такое направление, как «большая» хирургия является более сложным направлением, чем «малая» хирургия, в то время как в психиатрии «малая» психиатрия (в первую очередь, пограничная) по сложности диагностики и лечения превосходит «большую» психиатрию». Причем в «малой» (пограничной) психиатрии испытывают сложности даже сами опытные психиатры с многолетним стажем работы в стационарных условиях... Тогда как же в ней могут разбираться психологи без опыта работы в стационаре?

Другое дело – наличие психологических знаний (дополнительное образование в области психологии) в арсенале психиатра. Разумеется, это только расширит его терапевтический инструментарий. Такой психологический багаж будет подсознательно стимулировать ассоциативные процессы в мышлении психиатра, благотворно влияя на его творческий потенциал при оказании психотерапевтической помощи пациентам.

Да, в нынешних условиях локальной войны участие компетентных психологов-волонтеров в вопросах психопрофилактики и реабилитации должно всячески приветствоваться, но с оговоркой (осмыслением), что это происходит из-за нехватки психиатров (т. е. в будущем, в мирных условиях необходимо упредить расширение аппарата психологов за счет уменьшения психиатров).

Недавно побывавший в Украине американский психолог Ф. Пьюселик основные акценты в своей работе сделал на правилах выживания в боевых условиях, правильной реакции на стресс военнослужащих и т. д. Однако, это не заменяет, а лишь дополняет сферу деятельности военной психиатрии.

В войсках удел психологов это: психологический отбор (массовое тестирование), профессиональная ориентация, человеческое взаимопонимание, профилактика межличностных конфликтов, атмосфера в воинском коллективе, психология дисциплины, авторитет офицера и командира, психология управления и т. д. По своей сути это сфера ответственности офицеров по воспитательной и социально-психологической работе (бывших политработников).

Сегодня наступила мода на психологов на фоне того, что в обществе с опаской относятся к психиатрии. Согласно Ю.А. Александровскому: *«Среди разных слоев населения упорно держится ошибочное отношение к психиатрии, что заставляет заболевшего... непозволительно оттягивать момент обращения к врачу-психиатру. Причем интересы больного невольно отходят на второй план: лишь бы не быть в сумасшедшем доме...»* [0].

Это ж надо: на всю Украину на сегодняшний день только четыре военных психиатра в погонах и около десяти гражданских психиатров, работающих в военных госпиталях! Зато бесчисленное количество психологов в войсках, госпиталях, не считая тех гражданских психологов за пределами военных учреждений, кто бессмысленным образом пытается решать военные проблемы, в которых не разбирается. К чему это может привести?

Сложившаяся ситуация (нехватка военных психиатров) способствует формальному подходу к психиатрическому обследованию в частях в период диспансеризации, несмотря на то, что в вооруженных силах есть важные воинские специальности, связанные с эксплуатацией сложной и дорогостоящей военной техники. И это на фоне возрастания психической заболеваемости в войсках (и среди гражданского населения) и многочисленных увольнений по причине психических расстройств из рядов вооруженных сил.

Психолог (в т. ч. и клинический психолог), по большому счету, «не видит» психически больных ни статически, ни в динамике, ни амбулаторно, ни в стационаре. Он (в силу особенностей образования) не в силах до конца осмысливать ни структуры психических болезней, ни их причины и механизмы, ни начало болезней, ни их динамики, ни их окончания, ни психологии войны, ни философии мира, ни стрессоустойчивости воинов или их стрессоустойчивости, ни психологии атаки, ни психологии защиты на поле боя.

Кто может гарантировать, что пока психолог будет проводить свои тренинги (ролевые игры), он не упустит из виду скрытую депрессию и пресуицидальное состояние у военнослужащего?

Таким образом, больными должны заниматься врачи, а психологи должны заниматься здоровыми людьми.

О военной психиатрии и неврологии. Психиатрию и неврологию стали рассматривать в одной упряжке с позапрошлого столетия. Возможно, это делалось на перспективу: *«Сознание – есть отражение материального».*

Однако на сегодняшний день в военно-медицинской практике так и не появилось убедительных оснований для объединения этих двух совершенно разных медицинских направлений (в вопросах лечения, экспертизы

и т. д.). Тем не менее, на фоне реформирования создаются психоневрологические кабинеты, психоневрологические отделения.

Применительно к практической медицине, концептуальная суть расстройств психики и нервной системы – разная. Их причины и механизм развития – разные. Методы исследования – разные. Лечение – разное. Классификационные рубрики болезней (согласно МКБ-10) – разные.

Да и не только осведомленность и опыт в своей профессии, но и образ мышления психиатра и невропатолога разнополюсный, «чуждый» друг другу (таблица). У хорошего психиатра преобладает абстрактное мышление, а у невропатолога в силу профессии не может не доминировать конкретное мышление.

Тем не менее, по инерции продолжают издаваться объединенные журналы по неврологии и психиатрии, публикуются совмещенные по этим дисциплинам пособия, проводятся конференции по проблемам неврологии и психиатрии в объединенном виде. Даже в «Руководстве по медицинскому обеспечению Вооруженных Сил Украины» болезни нервной системы и психические расстройства объединены в одном разделе.

Чем объясняется привязка психиатрии к неврологии? И что это за врачебный профиль – «психоневрология»? Разве безумие в армии с самоубийствами и дезертирством может являться довеском к невритам с параличами?

Следует отметить, что невротические расстройства, логоневрозы, энурез и т. п. – это также сфера деятельности прежде всего психиатров (которые лучше осмысливают суть этих патологий, чем невропатологи).

Психиатрию и неврологию объединяет лишь бытовое выражение: *«Все болезни от нервов»*. Но язвенная или гипертоническая болезнь тоже от «нервов», однако это не означает, что «нервами» должны заниматься гастроэнтерологи или кардиологи. Это все равно, что путать «органическое» и «психическое» – болезни сердца и души, мозга и ума.

Как-то у профессора медицины, хирурга, духовного деятеля (святого Луки) В.Ф. Войно-Ясенецкого спросили: «Как Вы можете верить в Бога, если Вы его не видели?». На что он ответил: *«Я много оперировал на мозге и, всякий раз, открывая черепную коробку, ума тоже не видел»*.

Таким образом, психиатрические отделения, кабинеты в военных госпиталях, в ВМКЦ должны иметь самостоятельный статус (психиатрический, а не психоневрологический).

О военной психиатрии и психофизиологии. О возможной тенденции расширения психофизиологической службы стали поговаривать после начала вооруженного конфликта на Востоке Украины. Почему? Возможно предположить, что такой замысел обусловлен желанием создать «отделения психофизиологической реабилитации» для комбатантов. Бесспорно, реабилитационные центры для военнослужащих, вернувшихся из зоны

боевых действий с психическими проблемами, нужны... Но при чем здесь психофизиология?

Прежде всего, подчеркнем, что *психофизиология – это не психиатрия, подкрепленная физиологическими исследованиями*, как ошибочно считают некоторые психологи и врачи непсихиатрического профиля.

Если коротко, предназначение психофизиологии – это профессиональный отбор (прежде всего операторов, диспетчеров), профориентация, подбор в малые коллективы, оптимизация профессиональной деятельности военных специалистов. В задачи психофизиологии никогда не входило лечение. А реабилитация – это лечение, его окончательный этап. И реабилитирует конечно же тот, кто лечит.

Почему же возник такой вопрос – о самостоятельности реабилитационных отделений для военнослужащих с некоторыми психическими расстройствами? Ответ в самом вопросе, – потому что в закрытом психиатрическом отделении ни о какой реабилитации речи быть не может. Что делать? Здесь важно отметить три принципиальных момента:

1. Такое реабилитационное отделение (центр) должно находиться в хозяйстве психиатров. Это логично.

2. Оно должно быть размещено за пределами психиатрического отделения закрытого типа.

3. При названии отделения желательно избежать пугающее слово «психиатрическое», заменив его, к примеру, на слово «психосоматическое». Таким образом, получится, например: «Отделение психосоматической реабилитации». Каким будет название – не столь важно, принципиально другое. По своему содержанию отделение должно быть психиатрическим, а над формой (названием) можно подумать...

Таким образом, очень важно не допустить такую ошибку при создании реабилитационных отделений для военнослужащих с некоторыми психическими расстройствами.

О военной и гражданской психиатрии. Военная психиатрия отличается от гражданской психиатрии как, может быть, никакая другая дисциплина в медицине. Причем как в мирное, так и в военное время. Чем? Эти дисциплины отличаются друг от друга многим, по большому счету, всем: сутью, задачами, организационными вопросами, да и спектром самих психических расстройств.

Гражданские психиатры реже встречаются с пограничными психическими расстройствами («малой психиатрией»).

Лица с неврозами, психопатиями, инфантилизмом не обращаются к гражданским психиатрам. «Невротики» либо идут к психологам, либо пытаются лечиться самостоятельно... Психопатические и инфантильные субъекты обычно себя больными не считают, и с ними гражданские

психиатры встречаются разве что в процессе судебно-психиатрической экспертизы после совершения такими лицами преступлений.

А вот в условиях военной службы военнослужащие с пограничными психическими расстройствами направляются в психиатрические стационары военных госпиталей командирами воинских частей постоянно. То есть, военные психиатры с такими больными сталкиваются значительно чаще, чем гражданские, а значит, и разбираются в этих психических расстройствах гораздо лучше.

Однако гражданские психиатры имеют преимущество в области психических расстройств «большой психиатрии», прежде всего, в тонкостях их лечения. Они в разы чаще сталкиваются с лицами, страдающими тяжелыми формами шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, наркомании и т. д.

Проблема психических расстройств у военнослужащих в результате применения различных видов вооружения, оружия массового поражения (биологическое, психотропное, лучевая болезнь и т. д.) не является близкой темой для гражданских психиатров.

На самой сути военной психиатрии (ее организационных вопросах) в мирных условиях и во время войны детально останавливаться не будем, так как здесь пересечений, кроме общепринятой лечебной практики, не так много.

Вопросы изучения величины и структуры санитарных потерь психиатрического профиля в военное время, психогигиены и психопрофилактики, организации психиатрической помощи, развертывания и оснащения психоизолятора и т. д. еще в большей степени отдаляют военных и гражданских специалистов.

Таким образом, следует отчетливо представлять, что гражданская психиатрия отличается от военной психиатрии, и она не сможет заменить военную психиатрию ни в мирное, ни в военное время.

В заключение стоит отметить, что данная статья не преследует цель занизить роль смежных с психиатрией дисциплин, а наоборот – уточнить их границы, а также поднять, выделить и подчеркнуть важность военной психиатрии, необходимость ее развития в Вооруженных Силах Украины. Но если в спешном порядке не предпринять меры по спасению военной психиатрии Украины, то в ближайшее время ее можно будет занести в «Красную книгу». А поскольку «свято место пусто не бывает», то в этой сфере будет «знахарствовать» кто угодно, но только не военные психиатры!

Некоторые принципиальные отличия военной психиатрии от смежных с ней дисциплин

		Дисциплины, смежные с военной психиатрией		
Критерии дифференциации	Военная психиатрия	Психология	Неврология	Психологическая физиология
Объект исследования	Прежде всего, пациент (военнослужащий) с психическим расстройством	Здоровый субъект (акцентированная личность – крайний вариант нормы)	Пациент с заболеванием нервной системы	Здоровый субъект
Сфера деятельности	Неврозы, психопатии, зависимость поведение, последствия ЗЧМТ, боевая психическая травма, психические расстройства при воздействии оружия массового поражения и т.д. Психопрофилактика, лечебно-эвакуационные мероприятия в боевых условиях и т.д.	Внутриличностные проблемы и межличностные конфликты (в семье, на работе), в военной психологии – формирование высоких патриотических и морально-боевых качеств воина	Неврозгигиена, ломбаго, радикулиты, параличи, ЗЧМТ и т.д.	Профотбор, подбор в малые коллективы. Оптимизация приспособления к необычным условиям жизни
Основные методы исследования	Искусство вести беседу (клиническое мышление). Внимательность, наблюдательность, умение складывать мозаику многочисленных симптомов в целостную картину. Психиатр должен быть и «юристом», и «артистом», и «священником», чтобы предрасположить к себе пациента	Психологические методики, тесты, при психоанализе – толкование сновидений, метод свободных ассоциаций и т.д.	В основе: лабораторные и специальные методы исследования: компьютерная томография, МРТ	Аппаратные методы (подвижность нервных процессов и др.), бланковые тесты
Способы оказания помощи	Фармакотерапия, психотерапия (рациональная и др.) с использованием лучших современных психологических достижений, гипнотерапия	Советы, как по-другому взглянуть на проблему, тренинги, «ролевые игры», НЛП. При психоанализе – «катарсис» и т.д.	Фармакотерапия, иглотерапия, рефлексотерапия, массаж и т.д.	Тренинги по адаптации к сложным условиям работы
Реабилитация	+	–	+	–
Мышление специалиста	Абстрактно-логическое и философское: «вертикальное – в глубину болезни»	Философское: горизонтальное – «в ширину здоровья»	Конкретное	Конкретное
Взаимоотношения специалиста с пациентом	Взаимоотношения могут быть разными, но чаще – эксплуатируется авторитет врача. «императив» с его стороны: «врач – пациент»	Взаимоотношения могут быть разными, но чаще используются отношения: «товарищ – товарищ»	Врач – пациент	Специалист-диагност – объект диагностики

Литература

1. Александровский Ю.А. Человек побеждает безумие: записки психиатра / Ю.А. Александровский. – М. : Советская Россия, 1968. – 150 с.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М. : Мысль, 1988. – 304 с.
3. Луков Г.Д. Психология / Г.Д. Луков, К.К. Платонов. – М. : Военное издательство Министерства обороны СССР, 1964. – 344 с.

Про особливості військової психіатрії та суміжних з нею дисциплін

Д.А. ІВАНОВ, О.В. РИЧКА

Науково-дослідний інститут проблем військової медицини Української військово-медичної академії

Резюме. В статті пропонується більш усвідомлено поглянути на спірні, на наш погляд, тенденції проникнення в сферу діяльності військової психіатрії таких дисциплін, як психологія, неврологія, психофізіологія, цивільна психіатрія, що у всіх випадках у різному ступені вираження призводить до негативних наслідків.

Ключові слова: військова психіатрія, цивільна психіатрія, психологія, психофізіологія, неврологія, клінічне мислення, військово-лікарська експертиза.

Peculiarities of military psychiatry and allied disciplines

D.A. IVANOV, O.V. RYCHKA

*Ukraine Military Medical Academy,
Research Institute of Military Medicine*

Summary. In the article, it has been offered to consider disputable, in our opinion, tendency of penetration in military psychiatric practice such allied disciplines as psychology, neurology, psychophysiology, and civil psychiatry that causes negative results of various degrees of severity in all cases.

Key words: military psychiatry, civil psychiatry, psychology, psychophysiology, neurology, clinical judgement, military medical expertise.