

Формирование представлений о невротических расстройствах у военнослужащих: клинические и организационные аспекты

МАРЧЕНКО А.А. д.м.н., кафедра психиатрии; e-mail: andrew.marchenko@mail.ru
ГОНЧАРЕНКО А.А. к.м.н., кафедра психиатрии
ЛОБАЧЕВ А.В. к.м.н., кафедра психиатрии
КРАСНОВ А.А. к.м.н., кафедра психиатрии

Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова;
194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д.17

Прослеживается динамика формирования представлений о невротических расстройствах у военнослужащих от «ностальгии» J. Hofer до современных концепций ПТСР. Постулируется влияние 3 основных факторов на этот процесс: прогресса медицинских знаний, социокультуральных условий и изменения характера ведения войн. Подчеркивается приоритетная роль риска для жизни, как основного этиологического фактора, обуславливающего развитие этих нарушений.

Ключевые слова: невротические расстройства, история, военнослужащие.

Известный американский психиатр R. A. Gabriel [17] писал, что «обычно затраты войны измеряют в долларах, утраченной продукции или количестве убитых и раненых солдат. Но военный истеблишмент редко измеряет их в категориях индивидуального страдания. Психические расстройства остаются одними из самых дорогостоящих результатов войны...». Последнее положение показывает всю остроту проблемы психических нарушений у военнослужащих.

Действительно, исторические свидетельства о невротических нарушениях у солдат можно встретить уже у Геродота. Описывая Марафонскую битву 490 г. до н.э., он упоминает афинского воина, потерявшего зрение после увиденной им сцены гибели стоявшего позади солдата, хотя ослепший и не получил в сражении никаких физических ран. Этот же историк сообщает, что спартанский командир Леонидас в битве при Фермопилах в 480 г. до н.э. освободил своих солдат от сражения, поскольку посчитал, что они были «душевно истощены» после предыдущей битвы. Отдельные описания можно встретить и в «Илиаде» Гомера [25].

Однако, несмотря на столь давнюю историю, в сфере интересов медицины неврозы у военнослужащих попали только в конце 17-го столетия под названием «швейцарская болезнь». Эта патология была

довольно распространена среди молодых швейцарцев, насильно вербовавшихся в наемные армии. В 1688 г. Johannes Hofer [20] описал ее под названием «ностальгия», которая характеризовалась «меланхолией, непрекращающимися мыслями о доме, бессонницей, слабостью, потерей аппетита, тревогой, учащенным сердцебиением, ступором и лихорадкой». Следующие указания на ностальгию встречаются у L.Auenbrugger в 1761 г. В своей «Inventum Novum» он описывал таких больных, как «исполненных грусти, вздохов и стонов, молчаливых, вялых, стремящихся к уединению, погруженных в тягостные раздумья», и связывал заболевание с утратой ими надежды на возвращение на родину (цит. по [23], с. 6). Аналогичные клинические случаи были отмечены в конце 18-го века и Р. Гамильтоном [21]. Терапевтические подходы к пациентам с этой патологией ограничивались назначением молодого вина и серы для «поднятия внутреннего давления». С экспертной точки зрения рекомендовалась демобилизация таких солдат.

Дальнейшее развитие концепция «военной ностальгии» получила в работах французских врачей Наполеоновской эпохи. Ими было показано влияние культуральных, социальных, климатических и собственно боевых факторов на развитие этого страдания. Эти исследования послужили основой для разработки первых психогигиенических мероприятий,

которые включали регламентацию режима и физические упражнения. В то же время наряду с ностальгией в сферу интересов военных медиков попадает и «цереброспинальный шок», наблюдавшийся в период Наполеоновских войн у солдат, оказывавшихся в непосредственной близости от взрыва снаряда. В клинической картине этой патологии доминировали «покалывания», «подергивания» и даже «частичный паралич». Однако переименование этой патологии в «контузию воздушным потоком» показывало скептическое отношение к данной категории больных военных врачей, считавших эти нарушения проявлениями трусости.

Несколько позже проблема «ностальгии» встала и перед американскими врачами, также полагавшими, что она связана с военной службой. По их данным можно судить о распространенности этой патологии в период гражданской войны 1861—1865 гг. Так, приводятся сведения о 3 случаях заболевания на 1000 военнослужащих в год. При этом частота этого состояния в 2 раза превышала распространенность прочих психических расстройств: всего за годы войны было зарегистрировано 5547 случаев ностальгии (причем 74 — с летальным исходом), тогда как «помешательства» — только 2600. Наряду с «ностальгией» внимание врачей в этот период заостряется на невротической патологии, связанной с участием солдат в боевых действиях. Так, известны данные о высокой распространенности «констипации» («предбоевого синдрома»), встречавшейся в 30 раз чаще, чем ностальгия — 160000 случаев [23].

Довольно высокая распространенность психических нарушений побудила военных врачей к разработке психопрофилактических мероприятий. Первым шагом в этом направлении стало установление возрастных ограничений для рекрутов, так как было показано, что таким расстройствам более подвержены лица подросткового возраста [ibid., p. 8]. Была рекомендована и реформа системы отпусков взамен ранее существовавшей практики предоставления увольнений только в случае продления срока вербовки или критической семейной ситуации у военнослужащего. Войсковые врачи считали, что подобный отдых будет способствовать профилактике «ностальгии» [22].

В этот период начинают закладываться и принципы военно-врачебной экспертизы. Солдат с тяжелой меланхолией (ностальгией) рекомендовалось демобилизовать для «спасения их жизни». При этом, подобные факты должны были «тщательно скрываться от сослуживцев уволенного для предотвращения массовых случаев симуляции». Большинство же пациентов подлежало возвращению в строй после лечения в прифронтовых госпиталях, так как уже было известно, что лечение в тыловых лечебных учрежде-

ниях приводило к менее благоприятным результатам терапии [23].

Следующим толчком к изучению невротических нарушений у комбатантов послужили расстройства, описанные в Крымской войне 1853—1856 гг. англичанами (A.V.R.Myers) под названием «пальпитация» (трепетание) и в Гражданской войне 1861—1865 гг. американцами (H. Hartshorne) как «сердечное истощение». Более известны они, однако, в трактовке J.M.DaCosta как синдром «раздраженного» сердца. Несмотря на то, что в выделенной DaCosta симптоматике, за исключением пугливости и сверхбдительности, доминировали вегетативные нарушения, постепенно была установлена связь клинических проявлений с боевой психической травмой (БПТ). Поэтому в годы I Мировой войны этот синдром уже был известен как «солдатское сердце», «синдром перенапряжения», «нейроциркуляторная астения». Во Вторую мировую войну это понятие трансформировалось в тревожный невроз [29]. Распространенность этих нарушений была внушительной и достигала, например в британской армии девятнадцатого столетия, даже в мирный период 8 % [22]. В армии САСШ из 4900 случаев увольнения со службы по медицинским показаниям в 1862 г. 1200 также были обусловлены этим диагнозом.

Вместе с тем, подлинное развитие учения о неврозах у военнослужащих получило в Русско-Японскую войну. Именно в эти годы психиатры впервые в мировой истории стали участвовать в медицинском обеспечении боевых действий войск. В прифронтовых районах были развернуты психиатрические лазареты, а в Харбине — психиатрический госпиталь. Сформировавшиеся тогда взгляды на боевые действия как на патогенный фактор, содержащий сочетание психических и физических травм, закрепил понятие «контуженный» и обосновал в последующем создание штата психоневрологов в действующей армии [4]. В этот период впервые стали доступными и реальные цифры о заболеваемости невротическими расстройствами в военное время. Так, по данным санитарно-статистического отчета Главного военно-санитарного управления, в русской армии было зарегистрировано 4179 случаев «истерии и неврастении», что составило 5,7‰ или 37,8% всех госпитализированных нервнобольных [2]. Были расширены и теоретические представления о боевой психической травме. В частности, С. Watrois и D. Honingmann, приглашенные русскими врачами для оказания медико-психологической помощи, ввели в психиатрическую терминологию понятие «военный невроз» [14]. Профилактическое направление военной психиатрии также было существенно усовершенствовано: в русской армии впервые в мировой истории было введено медико-психологическое обследование рекрутов и младших офицеров [9].

Следует заметить, что Русско-японская война стала первым полигоном для разработки тактики лечебно-эвакуационных мероприятий. Известно, что политика комиссования большинства из больных психиатрического профиля привела к увеличению их числа на некоторых сборных пунктах в 6-10 раз [23]. К началу I мировой войны этот, безусловно, бесценный опыт русских психиатров уже был проанализирован и осмыслен. Психиатры входили в состав медицинской службы всех воюющих армий. Это способствовало изучению психических нарушений в условиях изменившихся способов ведения боевых действий (длительные позиционные войны с массивным применением артиллерии — т.н. «траншейные» войны). В результате в психиатрической терминологии зарубежных стран появились понятия «снарядного шока» (shell shock) и «траншейного невроза», которые первоначально относили к разновидностям коммоционного синдрома.

Однако последующие исследования показали, что эти нарушения развиваются даже чаще у солдат, не получавших контузионных травм, вследствие чего эту патологию стали трактовать как «военный невроз». Созданный в тот период для предотвращения эпидемий военных неврозов Сауссборский Комитет определил эту патологию как «эмоциональный шок либо острый у лиц с невропатической предрасположенностью, либо развившийся как следствие пролонгированного перенапряжения и ужасающих условий — финальное расстройство, вызываемое иногда относительно незначительными причинами» [22]. Вместе с этим получил распространение и термин «боевое истощение». Однако, взгляды на эту патологию были порой диаметрально противоположны: от мнения, что она является состоянием эмоциональной нестабильности в рамках неврозов, до ее оценки как симуляции [16].

Анализируя психические расстройства того же периода в Российской армии, Л. О. Даршкевич [3] одним из первых распространяет понятие «травматического невроза» (предложенного А. Орpenheim для обозначения психиатрических последствий железнодорожной катастрофы) на описанные им случаи отсроченных нарушений. И хотя автор отмечает отсутствие каких-либо специфических для «травматического невроза» симптомов, в то же время он пишет, что военная психотравма «накладывает особую печать на те болезненные формы, которые развиваются в зависимости от травм, вызывающих психический шок» [14]. Несмотря на последнее замечание, этот термин быстро нашел распространение. Так, «по данным Сергиевского, травматический невроз в 1914/15 гг. составлял 31,2%, а в 1915/16 гг. — 37,6% всех болезней и ранений нервной системы» (цит. по [12], с. 113).

Анализ психиатрических последствий I мировой войны привел исследователей к заключению о вы-

сокой контагиозности психических расстройств в воинских коллективах, а также поставил перед ними вопросы дифференциации истинных невротических нарушений от частых случаев симуляции. Отсутствие адекватного решения этих проблем привело к постепенному отказу специалистов от использования ряда прежних формулировок военных неврозов (напр., «снарядного шока»), несмотря на все более широкое их распространение в художественной литературе и других видах массовой культуры [28]. В немалой степени этому способствовало и доминирование психоаналитических воззрений на природу невротических нарушений, согласно которым их корни следует искать в травме детского возраста, а не катастрофическом воздействии текущих средовых факторов.

Что касается эпидемиологии, то общей статистики распространенности психических заболеваний в Русской армии периода первой мировой войны нет. Отдельные имеющиеся сведения показывают значительные различия представленности неврозов в структуре нервно-психических нарушений. Так, по данным Воронежского эвакуационного пункта, все случаи неврозов составили за 1914—1915 гг. 38,3%, а за 1915—1916 гг. — 44,7% всех прошедших через него раненых и больных. На эвакуационном пункте Северного фронта доля невротических нарушений среди всей неврологической патологии оценивалась в 36,2%. На Северо-Западном фронте среди офицеров они отмечались в 70,0% случаев, а среди солдат — в 19,0%. Данные М. П. Никитина о структуре нервно-психических нарушений у больных в различных лазаретах показывают, что чаще всего выявлялась истерия — в 29,3% случаев. Доля неврастения составила 26,4%, других неврозов — 8,5%, а вся группа неврозов составила 64,2%. При сопоставлении этих показателей с данными русско-японской войны С. Н. Давиденков [2] делает вывод о более высокой распространенности неврозов в первую мировую войну.

Высокие уровни военных неврозов отмечались и в западноевропейских армиях. Так, в германских войсках количество госпитализированных пациентов с нервно-психическими расстройствами составило 6,7% всех больных. При этом если в начале войны один «нервнобольной» приходился на 360 раненых, то спустя несколько месяцев — уже на 20 пораженных. Доля неврастения составляла 18,9%, истерии — 37,8% случаев. В английской армии в 1914 г. один «нервнобольной» приходился на 30, а в 1915 г. уже на 11 раненых, при этом неврозы наблюдались в 54,0% [2, с. 20]. К 1917 г. в Британской армии среди всех увольнений по причине состояния здоровья одна седьмая была обусловлена психическими нарушениями; 20% от всех военнослужащих, которым была назначена пенсия по инвалидности, пострадали от «военного невроза» [23].

Высокие уровни распространенности невротических расстройств в период I мировой войны, а также опыт Русско-японской войны потребовали развития организационных аспектов оказания психиатрической помощи. Тогда были разработаны основные ее принципы: близость (лечение психиатрических больных должно осуществляться в максимальной близости к линии фронта), скорость (как можно более быстрое начало терапии), простота (использование наиболее простых методов лечения, типа предоставления отдыха, улучшенного питания, водных процедур) и, самое главное, направленность (ориентация на формирование у солдат отчетливого осознания отсутствия болезни и неизбежности скорого возвращения в строй) [ibid., p. 9].

Эти положения в полной мере были реализованы в зарубежных армиях. Например, в американских экспедиционных войсках использовалась организация неврологического госпиталя в каждом армейском корпусе для лечения легких случаев военных неврозов (2—3 недели лечения); специального госпиталя для лечения военных неврозов, требовавших более длительного срока лечения и расположенного в прифронтовой линии; психиатрического коллектора — отделения при военном госпитале в войсковом районе для лечения неотложных случаев психозов; психиатрического отделения при больших «госпитальных центрах»; психиатрического отделения, позднее превращенного в госпиталь, для эвакуации больных в США. Наиболее важным достижением американцев в первой мировой войне стало введение в штат психиатров дивизий, находящихся при начальниках медицинских служб, а не при санитарных учреждениях. Аналогичные подходы были приняты в английской и французской армиях [4]. Наряду с этим была усовершенствована и система психопрофилактики для осуществления, в первую очередь, «барьерной» функции: Американской психологической ассоциации был разработан первый Армейский тест интеллекта [9].

В русской армии того времени приближение психиатрической помощи к передовым районам военными чиновниками было признано нецелесообразным, поэтому большая часть психически больных эвакуировалась с фронта и в боевые порядки не возвращалась [4]. Противоположный подход к проблеме «травматического невроза» был принят в немецких войсках. Немецкие психиатры не считали его болезнью и расценивали лиц, демонстрирующих симптомы «военного невроза» как конституционно предрасположенных к дегенерации, как ««паразитов нации» («Volkskorper»), не имеющих право на жизнь, зачастую не оказывали им медицинской помощи и лишали военных пенсий» [14, с. 149].

Дальнейшее развитие превенция неврозов у военнослужащих получила в трудах испанского психиа-

тра Е. Mira в период гражданской войны в Испании 1936—1939 гг. Основной заслугой этого исследователя является совершенствование скринингового подхода к прогнозу развития невротических нарушений у рекрутов, для чего им впервые был разработан и применен на практике симптомцентрированный психиатрический опросник. Это позволило в три раза снизить частоту психических расстройств в тех соединениях, которые подверглись такому отбору [23]. Отметим, что в последующем этот опыт был активно использован в армии Соединенных Штатов.

В период Второй мировой войны доминирующим официальным диагнозом за рубежом стало «истощение» («боевое истощение», «боевая усталость»), а для летного состава — «полетный стресс». Несмотря на это, сохраняющийся интерес к уточнению боевой психической патологии позволил А. Kardiner уже в 1941 г. [24] выделить следующие симптомы военного травматического невроза: возбудимость и раздражительность, безудержный тип реагирования на внезапные раздражители, фиксация на обстоятельствах травмирующего события, уход от реальности, предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям. Вместе с тем, в армии США в 1943 г. издается директива, предписывающая использовать именно термин «истощение» для всех случаев БПТ.

Следует, впрочем, отметить, что нарушения, объединявшиеся под этим ярлыком, по-прежнему назывались разными авторами и «психоневрозами», и «военными неврозами», и «кардиальным неврозом», и синдромами «перенапряжения», «старого сержанта» и т.п. Наряду с этим, отмечалось возросшее значение депрессивных расстройств в рамках т.н. «ностальгии»: около 20% психических нарушений соответствовали этим состояниям [23]. Однако, в отличие от предыдущей войны, где в описаниях врачей доминировали кардиальные невротические синдромы, в ряде армий наблюдалось и существенное повышение распространенности конверсионных гастроинтестинальных расстройств, что отразилось в появлении термина «неязвенной диспепсии». Это было обусловлено буквально эпидемическим характером этой патологии. В частности, в 1942 г. 17% всех увольнений из британской армии и флота были связаны именно с этим диагнозом.

Всего же в армии Великобритании больные неврозами составляли до 30,0%. Уровни заболеваемости существенно различались в зависимости от периода военных действий. Так, в Ливии, где операция была недолгой и успешной для англичан, насчитывалось всего около сотни таких. При противоположном характере боевых действий в Тунисской кампании резко возросло количество этих заболеваний: вначале они составляли около 2,0% всех потерь. Впослед-

ствии, по мере того как операции заканчивались, они возросли до 10,0% и даже до 15,0% [2]. В целом в английской армии психические нарушения среди военнослужащих рядового состава послужили причиной от 1/3 до 2/5 всех увольнений по медицинским показаниям, при этом наиболее частыми психопатологическими расстройствами были невроз страха и истерия, составившими 45,5% и 19,3% всей психической патологии соответственно [12].

В армии США невротическими расстройствами были обусловлены 64% всех случаев госпитализации по поводу нервно-психических заболеваний, при этом около половины из них не были связаны с участием в боевых действиях и наблюдались у военнослужащих, служивших на территории штатов. Увольняемость в связи с психоневрозами составляла 35,6%. Процент возвращенных в строй во вторую мировую войну был ниже, чем в первую [15].

В целом, показатели распространенности невротических нарушений в западных странах были выше, чем в период первой мировой войны [12]. При этом, начальные этапы войны показали несостоятельность организации психиатрической помощи в США, где к началу второй мировой войны план организации психиатрической помощи отсутствовал, должность психиатра дивизии была ликвидирована, психиатров не хватало, а больные неврозами лечились в общих госпиталях [4]. Это было связано с тем фактом, что акцент в психиатрическом обеспечении войск делался на психопрофилактической работе. Последнее было обусловлено анализом опыта Е. Мира и недостатков системы отбора рекрутов в Великобритании в I мировой войне, где около 30% новобранцев не проходили медкомиссии вовсе, а на одного врача приходилось до 400 обследуемых в день. Поэтому в 1940 г. были созданы подразделения, отвечающие за организацию мероприятий профессионально-психологического отбора. Им предстояло решать классификационные вопросы профессиональной пригодности рекрутов. Однако с началом войны стало очевидно, что идеальная цель — стопроцентное выявление лиц, у которых возможно развитие психических нарушений в боевой обстановке, — недостижима, несмотря на колоссальный отсев кандидатов на призывных пунктах. Так, в этой стране негодными к службе из-за психических нарушений за годы войны было признано 1 600 000 человек — в 7,6 раз больше, чем в предыдущую войну. Вместе с тем, увольняемость из войск не только не снизилась, а, напротив, увеличилась в 2,4 раза. Более того, значительное число санитарных потерь психиатрического профиля в период ведения боевых действий в Северной Африке, а также отсутствие специализированных структур для оказания им помощи привело к необходимости

их экстренной эвакуации в США. Катастрофической ситуации с комплектованием войск способствовали и жесткие рестриктивные экспертные подходы, согласно которым лица с любыми невротическими расстройствами подлежали увольнению.

В результате, в 1943 г. психиатрическая помощь вновь приблизилась к войсковому району, при армиях были сформированы Центры лечения психических заболеваний, для пациентов с неврозами был установлен период наблюдения в передовых районах длительностью 1 неделю, а с января 1944 г. были восстановлены должности дивизионных психиатров [4].

Параллельно в армии США продолжали совершенствоваться психопрофилактические мероприятия: была создана этапная система мониторинга за адаптацией новобранцев, основанная на анализе их поведения начальствующим составом различных уровней. Знания о психическом здоровье широко освещались в лекциях, читавшихся не только среди специалистов, но и в группах командиров. Были разработаны также принципы психиатрического консультирования командования по вопросам их взаимодействия с подчиненным личным составом для создания оптимального психологического климата в подразделениях. В итоге, к концу войны окончательно сформировалось представление о том, что специалисты психиатрической службы — «оплот раннего распознавания, профилактики и своевременного увольнения лиц, негодных к службе по психиатрическим причинам» [26].

В немецкой армии психиатры продолжали придерживаться и ранее распространенных взглядов, что «военные и травматические неврозы — это только одна трусость, инсценировка заболевания». Такие представления нашли отражение и в подходах к оказанию помощи больным психиатрического профиля. В частности, военнослужащих с истерией рекомендовалось помещать в отделение госпиталя для раненых с повреждением черепа, а при отсутствии улучшения — переводить в особые полевые батальоны, созданные для лечения больных истерией до выздоровления [12].

На взгляды отечественной психиатрии периода Второй мировой войны оказывала существенное влияние идеологическая составляющая. Так, считалось, что «высокая сознательность и подлинный патриотизм советского бойца обусловили значительное общее снижение неврозов в армии и исключительно благоприятное течение невротических заболеваний...». При этом, «в значительной части случаев заболевания нервной системы, возникавшие в военное время... являлись лишь рецидивом заболеваний, уже прежде имевшим место...». В итоге, автор заключает, что «впервые в истории военной медицины проблема военных неврозов перестала быть ведущим вопросом военной невропатологии» [2, с. 23].

Такие представления существенно повлияли и на классификационные подходы к невротическим расстройствам. Советская медицинская наука тех лет отрицала существование специфических форм невротических расстройств, характерных для военного времени. В частности, считалось, что диагноз «травматический невроз» вносит «ненужную путаницу», поскольку «к факторам, действующим на наше тело травматически... относили удары тела о малоупругие предметы, общее сотрясение, продолжительное качание, разряды электричества, различные катастрофы... ранения и отравления газами» [12, с. 117]. С.Н. Давиденков отмечает, что «никаких особых военных неврозов или психозов на самом деле не существует... многие синдромы, отмеченные в военное время, встречаются, хотя и реже, в той же форме и в мирное время» [2, с. 291]. Подобному нозологическому догматизму способствовало и отсутствие теоретических разработок патогенеза военных неврозов с позиций учения о высшей нервной деятельности И.П. Павлова, которая считалась обязательным базисом в представлениях о невротических нарушениях.

Таким образом, среди наблюдавшихся в действующей армии во время Великой Отечественной войны различных форм неврозов выделялись неврастения, психастения, истерия и реактивные неврозы [1].

В целом, неврозы составили около четверти всех болезней нервной системы, при этом в различные годы войны их доля менялась мало (от 26,6% в четвертом году войны до 27,9% — во втором). Вместе с тем, по данным О. С. Лобастова и Л. И. Спивака [6], наблюдалась отчетливая зависимость нарушений от фазы войны: во время активных боевых действий расстройства, связанные с контузией, наблюдались в 68,0%, а реактивные состояния — в 4,0%, в то время как в периоды затишья это соотношение было как 22,0% и 19,0%,

Распределение неврозов по отдельным формам было следующим: истерия 45,1%, неврастения — 29,6%, другие острые реактивные неврозы — 23,4% и психастения — 1,9%. Следует, однако, отметить, что среди заболеваний неврозами наблюдалось весьма значительное количество случаев, когда болезнь непосредственно присоединялась к травме — 20,5%, причем в большинстве своем это были закрытая или открытая травмы черепа.

Как следует из приведенных данных, истерия занимала особое место среди всех неврозов военной поры. В клинической картине этого заболевания тогда доминировали истерические расстройства речи и слуха, судорожные припадки, истерические параличи и парезы, гиперкинезы и контрактуры, расстройства чувствительности и органов чувств, при этом первые две группы нарушений составляли около 80% всех случаев истерии.

Было отмечено, что если расстройства слуха и речи были более характерны для ранних проявлений травмы (контузии), то судорожные припадки появлялись лишь в более позднем периоде, чаще всего спустя больше месяца после травмы.

Следует, впрочем, заметить, что квалификация состояния больных с т.н. истерическими расстройствами была весьма расплывчатой. Об этом свидетельствуют, в числе прочего, яркие описания С. Н. Давиденкова [2], в которых легко узнаются типичные для посттравматического расстройства «флешбеки», панические приступы, а также довольно размытые указания В. А. Горowego-Шалтана [1, с. 96] о том, что «в большую группу реактивных неврозов следовало бы отнести и истерические. Выделение более узкой группы реактивных, но не истерических, расстройств обусловлено тем, что при последних нет истерической фиксации болезненных симптомов и они ликвидируются в условиях физиологического покоя без специальных психотерапевтических воздействий».

К подобному заключению приводят и суждения того времени о неврастении. Так, по данным Е.А. Попова [8], неврастения составила 7,8% всех болезней нервной системы, при этом «в этих случаях речь шла преимущественно не о неврастении в собственном смысле слова, а о переутомлении». Наряду с этим, автор, суммируя клинические проявления этого заболевания у бойцов Красной Армии, сообщает, что проявлениям повышенной нервной возбудимости сопутствовали ключевые для тревожных расстройств непереносимость ожидания и тревожные опасения, характерные для ипохондрии многочисленные сенестопатии и озабоченность физическим здоровьем, свойственное депрессии подавленное настроение. Разница с истерией усматривалась лишь в отношении пациентов к своей болезни: «страдавшие неврастением не выставляли своих расстройств напоказ, а наоборот, часто скрывали их...» [8, с.52].

В отношении психастении автор свидетельствует: «то, что мы клинически объединяем под именем навязчивых состояний, патогенетически не является однородной группой» [там же, с. 52]. Вместе с тем, были установлены чрезвычайно интересные факты о влиянии условий боевой обстановки на обсессивно-фобическую симптоматику. Так, было показано, что «в одних случаях в результате напряженной боевой обстановки навязчивые состояния исчезали, а в ряде других случаев, наоборот, развившиеся в течение войны неврозы сопровождалась как раз проявлением навязчивых состояний» [2].

Различия в динамике невротических расстройств характеризовались заметно более низкими показателями при истерии: так, выздоровление наблюдалось в 20,0% случаев, улучшение — в 53,3%, прочие

исходы — в 26,7%, в то время как при остальных неврозах это соотношение было следующим: 30,9%, 56,0%, 13,1% соответственно. В то же время, истерические, психастенические и реактивные синдромы потребовали заметно более длительного лечения (35,4, 34,6 и 36,6 дня соответственно), чем неврастенические и астенические синдромы (25,2 дня).

Психиатрическая помощь оказывалась, как правило, в передовых районах. Например, в 1944 г. до 2/3 всех «контуженных» лечились в отдельных медицинских батальонах и психоневрологических отделениях армейских госпиталей для легкораненых. Военнослужащие, получившие психические травмы и поступившие на пункт медпомощи, при небольших отклонениях от нормы со стороны нервной системы и психической сферы, задерживались для амбулаторной терапии на этом этапе. Во всех остальных случаях после оказания необходимой помощи их отправляли в медсанбат, где сроки лечения не превышали 3—5 суток [6].

Что касается профилактики неврозов в годы Великой Отечественной войны, то каких-либо специальных указаний о мероприятиях первичной профилактики, за исключением проводившихся при призыве, в тот период не отмечалось. Считалось, что она «в значительной степени определялась заботой об общем политико-моральном состоянии бойцов», поскольку «общее и общественно-политическое развитие человека являются лучшей гарантией от возникновения разнообразных нервных срывов» [2, с. 295]. Вторичная и третичная профилактики осуществлялись в основном созданием терапевтической среды, препятствующей стабилизации невротических нарушений. Так, в отделениях для выздоравливающих был установлен режим, предусмотренный Уставом Красной Армии для воинских частей. Больные находились на казарменном положении и должны были быть одеты в военную форму; строго соблюдались уставной порядок, воинская дисциплина, проводились строевые и военно-тактические занятия, физическая подготовка [11].

Очередным этапом развития представлений о военных неврозах стала Корейская война 1950—1953 гг. Поскольку опыт мировой войны еще не был забыт, система оказания психиатрической помощи в американской армии была налажена довольно быстро. Для предотвращения невротических нарушений впервые была применена ротационная тактика комплектования подразделений экспедиционных войск (т.е. нахождение в течение 9 месяцев в боевых подразделениях или 13 месяцев — в войсках обеспечения). Поэтому в этой войне отмечался необычайно низкий процент репатриационной эвакуации — всего около 5%. Большая часть неврозов пришлось на первые два года войны, то есть на период активного ведения боевых

действий. Тогда заболеваемость невротическими нарушениями, также официально именовавшимися «боевой усталостью», достигала 209‰ и составляла до 50,4% в общей структуре психических расстройств. При этом, клиника этих нарушений характеризовалась типичными тревожными и астеническими проявлениями [17]. По мере затягивания вооруженного конфликта, перехода его в статическую фазу таких расстройств становилось все меньше. В то же время на первый план стали выходить нарушения, к которым в первом руководстве по психиатрии армии США применялся термин «боевые стрессовые расстройства поведения», известные также как «гарнизонные потери», «неврозы партизанской войны», «расстройства изоляции» и «ностальгические потери». Они проявлялись в большей степени патохарактерологическими девиациями, нежели собственно невротической симптоматикой, которая была редуцирована до уровня дистимико-дисфорических нарушений [23].

Однако влияние подобного изменения характера ведения войны на клинику пограничных психических нарушений еще более отчетливым стало в период Вьетнамской войны (1961—1975 гг.). Если во всех предыдущих войнах заболеваемость невротическими расстройствами была сопряжена с числом санитарных потерь от огнестрельных ранений, то в этой войне между данными показателями наблюдалась выраженная диссоциация. То есть количество огнестрельных ранений прямо зависело от интенсивности боевых действий, а распространенность психических расстройств определялась, преимущественно, изменением морально-психологического климата в войсках и отношением к самой войне. При этом, если в начале войны заболеваемость психическими болезнями составляла 11,7‰, то в конце — 25,1‰. Как и в предыдущем вооруженном конфликте, ближе к концу войны стали доминировать поведенческие и аддиктивные расстройства, в то время как невротические нарушения отошли на второй план [23]. Наряду с этим, в период Вьетнамской войны наблюдались и более редкие формы невротических нарушений, в частности «токсическая неврастения» [19], спровоцированного применением дефолианта диоксина («вещество оранж»), которая отчетливо напоминала «газовую истерию» времен Первой мировой войны.

Более значимым психиатрическим последствием этой войны является реанимация представлений об отсроченных психических нарушениях у военнослужащих. Именно в послевоенный период достоянием широкой общественности становятся понятия «поствьетнамского синдрома», «синдрома отложенных стрессовых реакций», по сути предвавших введение в 1981 году в DSM-III термина «посттравматического стрессового расстройства».

Отчетливые аналогии в структуре и динамике рас пространенности психических нарушений периода Вьетнамской войны прослеживаются при анализе этих показателей в годы войны в Афганистане 1979—1989 гг. Так, подъем заболеваемости невротическими расстройствами в начале войны был обусловлен возрастанием интенсивности боевых действий, в то время как в конце войны его связывали с формированием среди личного состава неприятия войны и осознания ее бессмысленности. Так же как и во Вьетнамской войне, последние годы Афганской характеризовались возрастанием роли патохарактерологических реакций и аддиктивного поведения [5]. В структуре психической патологии среди военнослужащих срочной службы психогении составили 68,9%, из них непсихотические реакции составили 97,2%, в том числе: невротические — 40,9%; острые аффективные — 29,8%; патохарактерологические — 26,5%. Среди офицеров и прапорщиков патологические психогенные расстройства составили 64,8%. Клиническая картина невротических нарушений более чем в половине случаев (51,3%) определялась астено-депрессивным синдромом. Реакции тревожно-обсессивного типа наблюдались в 28,8%. Весьма характерные для предыдущих войн истерические проявления наблюдались, напротив, наиболее редко: истеро-невротические реакции — в 13,1% случаев, а конверсионные — в 6,8% (там же).

В целом, характеризуя систему организации психиатрической помощи в Афганистане, С. В. Литвинцев и Е. В. Снедков отмечают ее недостаточность, особенно на первом этапе, что, по их мнению, было связано с «догматической ориентированностью на редко возникающие непосредственно в бою острые реактивные состояния и психозы как на единственно «легитимные» проявления боевой психической травмы» [5, с. 31]. Низкая выявляемость предпатологических состояний, отсутствие специализированной психологической коррекции нередко способствовали формированию «более стойких и менее обратимых стрессовых расстройств — если не в период пребывания в боевой обстановке, то после возвращения к обычной жизни» (там же).

Близкие соотношения различных форм пограничных нарушений отмечались и в период антитеррористической кампании в Чеченской республике. По данным А.Г.Синенченко [10], у военнослужащих, поступивших на этапы эвакуации, в большинстве случаев наблюдались невротические реакции, причем у офицеров и прапорщиков они отмечались несколько чаще (63,6%), чем у рядовых и сержантов контрактной службы (50,0%). Эти расстройства характеризовались острым, ситуационно-обусловленным развитием, а также кратковременностью и парциальностью

болезненных проявлений. В клинических проявлениях доминировали аффект страха, выраженный тревожно-дисфорический или тревожно-тоскливый аффект. Типичными были упорная бессонница, навязчивые кошмарные сновидения, содержащие картины боевой обстановки, вегетативные пароксизмы с приступами озноба, удушья и т.п. При этом, максимальная выраженность расстройств невротического спектра наблюдалась в период активного ведения боевых действий и составляла более 4/5 всех больных. В период же стабилизации обстановки распространенность неврозов заметно снижалась и в структуре психических нарушений начинала доминировать аддиктивная патология, достигавшая более половины всех случаев.

Таким образом, на начальном этапе научного изучения неврозов у военнослужащих наблюдаемые врачами клинические проявления были обусловлены исключительно социальными факторами, и в частности, военной службой, как общественным институтом. В тот период существенная лимитация личностных свобод с ее пожизненной перспективой, умноженная на ограниченный адаптационный потенциал подростков из небольших селений с традиционным укладом, веками не изменявшимся жизненным стереотипом, провоцировала выраженные расстройства депрессивного спектра. В дальнейшем, по мере развития общественного интеллекта, усложнения системы общественных отношений, возрастающего супрессивного влияния социума, расширения сферы коммуникаций, распространения послаблений на суровые условия военной службы, призывники с меньшими трудностями адаптировались к воинским коллективам. Этому способствовало и внедрение системы отбора рекрутов. Тогда фокус внимания военных медиков сместился на расстройства, обусловленные уже частным аспектом военной службы, а именно, боевыми действиями.

Однако ограниченность знаний о психических расстройствах в целом, приоритет соматической медицины, доминирование механицизма в попытках объяснения патогенеза клинических проявлений способствовали тому, что в сферу анализа военных врачей попадали преимущественно вегетативные составляющие психических нарушений. Как следствие — появление всего спектра описаний синдрома «солдатского сердца».

Существенным препятствием в понимании военных неврозов являлось и следование традициями, авторитетам, школам, что отражалось в игнорировании одних объективных фактов и придании завышенной значимости другим, менее существенным [13]. Последнее было особенно заметно в русской и немецкой психиатрических школах, при всей противоположности их подходов. Если для первой невротические нарушения у военнослужащих существовали, но они

ничем не отличались от таковых у гражданских лиц, то вторая практически отрицала их наличие, считая их проявления либо трусостью, либо характерологическими аномалиями в рамках т.н. «дегенерации».

Заметное влияние на формирование концепции военных неврозов оказывали и изменения характера ведения войны. Если во времена А.В.Суворова обычными были длительные пешие переходы в полной выкладке, что служило, по мнению врачей, «перенапряжению» сердечной мышцы и находило отражение в клинических описаниях, то реальность первой мировой войны — «траншейные» войны со свойственными им страхом смерти при артобстреле и незащищенностью на обстреливаемых позициях — закрепили в представлениях о военных неврозах значение контузионных воздействий. Распространение химического и бактериологического оружия приводило к возникновению понятий «газовой истерии» и «синдрома оранж», внезапность боестолкновений для неподготовленных войск — к «неязвенной диспепсии».

Однако благодаря прогрессу медицинских знаний происходило постепенное смещение фокуса врачебного внимания с объективных неврологических признаков, типа параличей, коммоционных расстройств, к более субъективным, труднодифференцируемым признакам: астении, тревоге и депрессии и т.п. Расширение спектра болезненных проявлений, попадающих в сферу медицинского анализа, привело к обоснованию понятия боевой психической патологии, как совершенно отчетливого, отграниченного кластера психических нарушений. При этом, было показано [22], что симптоматология этих расстройств носит универсальный характер, т.е. не зависит от типа войны, ее времени и прочих факторов.

Это обусловлено тем, что во все времена неизменным оставался основной принцип войны — более или менее постоянный риск для жизни и безвыходная дихотомия необходимости убивать или быть убитым. Осознание приоритетной роли этого фактора позволило в итоге сформировать достоверную концепцию о посттравматическом стрессе, как ведущем типе психических нарушений в условиях войны.

Список литературы

1. Горовой-Шалтан В.А. Неврозы. Общие данные / В.А. Горовой-Шалтан // *Нервные болезни (особенности их возникновения, течения, предупреждения и лечения во время войны)*. — М.: Медгиз, 1949. — С. 39–43. — (Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. — Т. 26. — Ч. 2. — Раздел X).
2. Давиденков С.Н. Введение / С.Н. Давиденков // *Нервные болезни (особенности их возникновения, течения, предупреждения и лечения во время войны)*. — М.: Медгиз, 1949. — С. 15–38. — (Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. — Т. 26. — Ч. 2. — Раздел X).
3. Даршкевич Л.О. Травматический невроз / Л.О. Даршкевич. — Казань, 1916. — 176 с.
4. Литвинцев С. В. Психиатрическая помощь военнослужащим в Афганистане (1979–1989 гг.) / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков. — СПб.: ВМедА, 1997. — 56 с.
5. Литвинцев С.В. Становление системы оказания психиатрической помощи в локальных вооруженных конфликтах / С.В. Литвинцев, В.К. Шамрей, А.В. Рустанович // *Война и психическое здоровье*. — СПб.: ВМедА. — 2002. — С. 35–44.
6. Лобастов О.С., Спивак Л.И. Организация психоневрологической помощи во время Великой Отечественной войны. / *Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны. Сборник научных трудов*. — Л.: Изд. Ленингр. НИИ им. В.М. Бехтерева. — 1985. — С. 8.
7. Попов Е.А. Навязчивые состояния и психастения / *Нервные болезни (особенности их возникновения, течения, предупреждения и лечения во время войны)*. — М.: Медгиз, 1949. — С. 50–55. — (Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. — Т. 26. — Ч. 2).
8. Попов Е. А. Неврастения. Астенические состояния и неврозы истощения / Е. А. Попов // *Нервные болезни (особенности их возникновения, течения, предупреждения и лечения во время войны)*. — М.: Медгиз, 1949. — С. 43–50. — (Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. — Т. 26. — Ч. 2. — Раздел X).
9. Романова Е.С. Психодиагностика. — Е.С. Романова. — СПб.: Питер, 2007. — 400 с.
10. Скоков А.А. Формы и методы работы отделения выздоравливающих // *Сборник трудов эвакогоспиталя № 2943 и института неврологии АМН СССР за время Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.* — М.: Медгиз, 1947. — С. 71–72.
11. Синенченко А. Г. Особенности оказания психиатрической помощи на догоспитальном этапе военнослужащим, проходящим военную службу по контракту (по материалам ЛенВО и СКВО): Дисс. ...канд. мед. наук. — СПб, 2005. — 134 с.
12. Тимофеев Н.Н. Экспертиза пограничных состояний // *Военно-врачебная экспертиза нервно-психических заболеваний*. — Л. — 1952. — С. 98–143.
13. Чайка Ю.В. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 2) // *Український вісник психоневрології*. — 2004. — Т. 12. — №4. — С.12–16.
14. Юрьева Л. Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. — Киев: «Сфера», 2002. — 224 с.
15. Appel J. W. Preventive psychiatry. In: Glass A. J., Bernucci R. J., eds. *Zone of Interior. Vol 1. In: Neuropsychiatry in World War II*. Washington, DC. — Office of The Surgeon General, US Army. — 1966. — P. 373–415.
16. Flavelle R. Help or Harm: Battle Exhaustion And The RCAMC During The Second World War / R. Flavelle // *J. Mil. Strategic Stud.* — 2007. — Vol. 9. — №4. — P. 23–45.
17. Gabriel R. A. No More Heroes: Madness and Psychiatry in War / R. A. Gabriel. — NY, 1987. — 179 p.
18. Glass A.J. Army psychiatry before World War II. // Glass A.J., Bernucci R.J., eds. In: *Zone of Interior. Vol 1. In: Neuropsychiatry in World War II*. Washington, DC. — Office of The Surgeon General, US Army. — 1966. — P. 3–23.
19. Hall W., MacPhee D. Do Vietnam veterans suffer from toxic neurasthenia? *Aust. N.Z. J. Psychiatry*. — 1985. — Vol. 19. — №1. — P. 19–29.
20. Hofer J. Medical Dissertation on Nostalgia. — Trans. C.K. Anspach / J. Hofer // *Bull. Inst. Hist. Med.* — 1934. — №8. — P. 376–391.

21. Hunter R.A. Three hundred years of psychiatry, 1535–1860. — A history presented in selected English texts. — Hartsdale, N.Y. — Carlisle Pub., 1982. — 1107 p.
22. Jones E. Historical approaches to post-combat disorders // *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* — 2006. — Vol. 361. — №4. — P. 533–542.
23. Jones F.D. War Psychiatry / F.D. Jones, L.R. Sparacino, V. L. Wilcox, J.M. Rothberg, J.W. Stokes // *Textbook of military medicine. Part I: Warfare, Weaponry, and the casualty.* — Washington. — DC. — 1995. — 486 p.
24. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War / A. Kardiner. — Washington. — DC. — 1941. — 270 p.
25. Lamprecht F. Posttraumatic Stress Disorder Revisited / F. Lamprecht, M. Sack // *Psychosomatic Med.* — 2002. — Vol. 64. — P. 222–237.
26. Perkins M. E. Preventive Psychiatry During World War II / M. E. Perkins // *Preventive Medicine In World War II, vol. III* / Ed. J. B. Coates Jr., E. C. Hoff. — Washington, D.C., 1955. — P. 171–232.
27. Shay J. Learning about combat stress from Homer's Iliad / Shay J. // *J. Trauma. Stress.* — 1991. — Vol. 4. — P. 561–579.
28. Shephard B. «Pitiless psychology»: the role of prevention in British military psychiatry in the Second World War / B. Shephard // *Hist. Psychiatry.* — 1999. — Vol. 10. — P. 491–542.
29. Wooley C. F. Jacob Mendez DaCosta: medical teacher, clinician, and clinical investigator / C. F. Wooley // *Am. J. Cardiol.* — 1982. — Vol. 50 (5). — №11. — P. 45–48.

Formation of conceptions about neurotic disorders among servicemen: clinical and organizational aspects

MARCHENKO A.A.	MD, Dr.Med.Sci.; e-mail: andrew.marchenko@mail.ru
GONCHARENKO A.IU.	MD
LOBACHEV A.V.	MD
KRASNOV A.A.	MD

Military Medical Academy n.a. S.M. Kirov psychiatry department;
194044, 17 Botkinskaya str., Saint-Petersburg, Russia

Abstract. In the article author traces changes in representations about neurotic disorders among servicemen from «nostalgia» J. Hofer up to modern concepts of PTSD. It is postulated influence of 3 major factors on this process: progress of medical knowledge, socio-cultural conditions and changes in war character. It is emphasized the priority role of risk for a life, as the basic etiological factor causing these disorders.

Key words: neurotic disorders, history, servicemen.