

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*В статье раскрывается история развития взглядов на психологические последствия участия в боевых действиях в годы Первой мировой войны. Анализируются категории «снарядный шок», «военный психоневроз», «психогенные потери». Раскрываются методы и основные схемы психологической помощи в разных странах. Анализируются итоги и выводы из опыта психологической помощи военнослужащим.*

Ключевые слова: *Первая мировая война; военная психология; психологическая помощь; психологическая реабилитация; «снарядный шок»; военный психоневроз; психогенные потери; принципы «ПИРОГА».*

A. Karayani, Y. Karayani

## PSYCHOLOGICAL AID TO SERVICEMEN DURING THE WORLD WAR I

*As the title implies the article describes the history of development the ideas at the psychological consequences of participation in operations during the World War I. The authors of the article present the analysis of the categories «shell shock», «military psychoneurosis», «psychogenic losses», methods and the basic schemes of the psychological help in the different countries, the results and conclusions according to experience of the psychological aid to servicemen.*

Keywords: *World War I; military psychology; psychological aid; psychological rehabilitation; «shell shock»; a military psychoneurosis; psychogenic losses; "PIE" principles.*

В 2014 году отмечается 100 лет с начала Первой мировой войны (1914–1918 гг.). Сегодня эта война уходит всё дальше и дальше в историю и память о ней всё сложнее обнаружить в сознании новых поколений. Это кажется не совсем справедливым, ведь современники называли её «Великой войной», «Большой войной», «Второй Отечественной войной», «Великой Отечественной войной». И для этого были веские основания. Первая мировая представляла собой принципиально новое явление в истории человечества. Эта новизна проявилась, во-первых, в невиданных масштабах вооруженного противоборства. Боевые события той войны разворачивались на территории Европы, Азии, Африки, на акваториях Атлантического, Тихого и Индийского океанов, Чёрного, Балтийского, Северного и Средиземного морей. В неё было втянуто 2/3 существовавших в то время государств, в которых было поставлено «под ружьё» более 74 млн чел.

Во-вторых, впервые в истории в военном противоборстве нашли широкое применение новые средства вооружённого насилия: авиация, химическое оружие, бронетехника, подводные лодки, автоматическое оружие, огнемёты и др., обладавшие не только огромными для того времени боевыми возможностями, но и гигантским психологическим эффектом. В годы войны родился новый вид противоборства – психологическая война.

В-третьих, это была первая в истории человечества война, в которой физические потери исчислялись в миллионах человек (около 10 млн военнослужащих погибли, более 20 млн были

ранены, 3,5 млн остались калеками). Поля сражений Первой мировой войны были обильно усыпаны телами погибших, умирающими и искалеченными бойцами.

В-четвёртых, огромные масштабы, новые разрушительные виды оружия и способы противоборства не могли не отразиться на психологической стороне войны. Военнослужащие противоборствующих армий подвергались нечеловеческим психологическим нагрузкам.

Свидетель и непосредственный участник той войны Э.М. Ремарк описывает впечатления рядовых солдат германской армии словами одного из своих героев: «Мы видим людей, которые ещё живы, хотя у них нет головы; мы видим солдат, которые бегут, хотя у них срезаны обе ступни; они ковыляют на своих обрубках с торчащими осколками костей до ближайшей воронки; один ефрейтор ползёт два километра на руках, волоча за собой перебитые ноги; другой идёт на перевязочный пункт, прижимая руками к животу расплзающиеся кишки; мы видим людей без губ, без нижней челюсти, без лица; мы подбираем солдата, который в течение двух часов зажимал зубами артерию на своей руке, чтобы не истечь кровью» [10, с. 100].

Несмотря на множество новых боевых средств, используемых в ходе войны впервые, одним из самых мощных по силе психологических воздействий было химическое оружие. Вот как описывает Ремарк впечатления солдат от газовой атаки: «...многих уносит внезапная химическая атака. Они даже не успели сообразить, что их ожидает. Один из блиндажей полон трупов с посиневшими лицами и чёрными губами. В одной из воронок новобранцы слишком рано сняли противогазы – они не знали, что у земли газ держится особенно долго; увидев наверху людей без противогазов, они тоже сняли маски и успели глотнуть, достаточно газа, чтобы сжечь себе лёгкие. Сейчас их состояние безнадежно, они умирают медленной, мучительной смертью от кровохарканья и приступов удушья» [10, с. 98].

Подобные чудовищные по впечатлению картины дополнялись на войне нечеловеческим физическим и психологическим напряжением. Участник той войны вспоминает: «... мы уже отупели от напряжения. Это то убийственное напряжение, когда кажется, что тебе царапают спинной мозг зазубренным ножом. Ноги отказываются служить, руки дрожат, тело стало тоненькой плёнкой, под которой прячется с трудом загнанное внутрь безумие, таится каждую минуту готовый вырваться наружу безудержный, бесконечный вопль» [10, с. 87].

Нечеловеческая драматургия боевых действий вызвала особые психические состояния и самоощущения личности участников. «Мы превратились в диких зверей. Мы не сражаемся, мы спасаем себя от уничтожения. Мы швыряем наши гранаты не в людей – какое нам сейчас дело до того, люди или не люди эти существа с человеческими руками и в касках? В их облике за нами гонится сама смерть... Сжавшись в комочек, как кошки, мы бежим, подхваченные этой неудержимо увлекающей нас волной, которая делает нас жестокими, превращает нас в бандитов, убийц, ... в дьяволов, и, вселяя в нас страх, ярость и жажду жизни, удесятерляет наши силы, – волной, которая помогает нам отыскать путь к спасению и победить смерть. Если бы среди атакующих был твой отец, ты не колеблясь метнул бы гранату и в него!» [10, с. 88].

Мощное психологическое давление боя вело к тому, что сотни тысяч человек подвергались психотравматизации и утрачивали боеспособность. Уровень психических расстройств среди участников войны достиг таких размеров, что появился специальный термин «психологические потери» [3, с. 8]. Эти потери достигли таких масштабов, что превратились в один из важнейших факторов вооружённого противоборства. Следует отметить, что в годы войны неврозы были довольно широко распространены в русской армии. Так, они диагностировались: в 41,5 % случаев на воронежском эвакуационном пункте, в 36,2 % – на Северном фронте. В петроградских лазаретах у 70 %

офицеров и 19 % солдат также отмечались неврозоподобные состояния (Тимофеев Н.Н., 1957) [9, с. 451].

Объёмы психогенных потерь росли пропорционально времени продолжительности боевых действий. Так, в августе 1914 года в германской армии на 360 раненых приходился один человек с психическим расстройством. В ноябре один психотравмированный приходился на 30 раненых, в декабре уже 1 на 20, а в 1915–1916 годах – 1 на 10, а 1916–1917 годах – 1 военнослужащий с психическими отклонениями от нормы приходился на 9 раненых. Похожая тенденция отмечалась и в английской армии. Если в 1914 году здесь один военнослужащий с психическим расстройством приходился на 30 раненых, то в 1915 году, это соотношение было уже 1 к 11 [8, с. 16; 3, с. 6].

Эту тенденцию на снижение психологических возможностей воинов и повышение уровня психотравматизации в зависимости от времени их пребывания на передовой одним из первых заметил известный английский писатель и участник Первой мировой войны Р. Олдингтон. В своём знаменитом романе «Смерть героя» он вспоминал, что были «не в своём уме почти все, кто провёл более полугода на переднем крае [цит. по 5, с. 82].

Психотравматизация участников боевых действий отличалась высокой эпидемиологичностью. Абсолютное большинство участников боевых действий впервые в жизни столкнулось с массовыми случаями полуобморочных состояний, мнимых параличей ног, функциональной слепоты и глухоты, судорожной дрожи и других подобных явлений. Р. Габриэль, анализируя психологические проблемы войн XX века, отмечает, что наиболее характерными расстройствами в Первую мировую войну были: подавленность сознания, страх (оправданный и беспричинный), повышенная чувствительность к шуму – испуг, дрожание конечностей, расстройства двигательного аппарата, конверсионные реакции, расстройства мыслей, расстройства психических процессов [2].

Медицинские специалисты противоборствующих армий наблюдали случаи истерических параличей (госпитальная истерия Binswanger), истерической глухоты и глухонемоты, сумеречных состояний (Kleist, Wetzel и Steinau-Steinruck), псевдодеменций, ступора, истерической рвоты (Roussy и Lhermitte). Большое количество солдат, месяцами лечившихся в лазаретах по поводу суставного ревматизма, аппендицита, невритов, особенно ишиаса, в действительности страдали истерическими артралгией, псевдоаппендицитом, псевдоишиасом. Отмечались случаи истерического метеоризма, выведившего солдат из строя на длительное время, так как часто вызывали подозрения в тяжёлых органических заболеваниях органов брюшной полости. Наряду с одиночными психическими расстройствами наблюдались психические эпидемии типа «газовой истерии» (после применения немцами отравляющих газов тысячи американских, английских и французских солдат имитировали симптомы, характерные для отравленных), «командной истерии» (передающиеся от одного больного к другому паттерны командного поведения – выкрики команд и жестикация). Казалось невероятным, но сохранявшиеся месяцами тяжелейшие симптомы мгновенно исчезали после прекращения участия в боевых действиях. После окончания войны отмечалась своеобразная «эпидемия» выздоровления больных с затяжными истерическими симптомами (параличами, глухонемой и т. п.) [11].

Уже в ходе Первой мировой войны был отмечен такой симптом психической травмы и посттравматического стрессового расстройства, как «вина выжившего». Его открытие принадлежит писателю Р. Олдингтону. Описывая чувства бойцов, вызванных гибелью боевого товарища, он отмечал: «Мы должны как-то искупить нашу вину перед мёртвыми – перед убитыми, перед умерщвлёнными солдатами. Не они требуют этого, но что-то в нас самих. Большинство из нас этого

не сознает, но совесть мучит нас, угрызения совести отравляют. Этот яд разъедает душу – в нас не осталось ни сердца, ни надежды, ни жизни» [цит. по: 5, 82].

Русскими военными врачами была предпринята попытка раскрыть механизмы патогенеза боевой психической травмы. Так, В.М. Бехтерев (1914,1915) отмечал, что опасная для жизни обстановка является решающим фактором в происхождении психических расстройств военного времени. Н.А. Вырубов (1915) рассматривал боевую психическую травму как «контузионный психоз» и «психоневроз». По его мнению, в основе психогенных нарушений у военнослужащих лежат «органические» нарушения «молекулярного» характера. Одновременно с этой точкой зрения была высказана и другая. С.Н. Давиденко (1915) настаивал на функциональной, эмоциогенной природе «боевых психозов». Позднее стало ясно, что вторая точка зрения в большей степени соответствует истине [9, с. 541-543].

Российские психиатры Н.А. Вырубов (1915), А.В. Гервер (1915), С.А. Сухарев (1915) наблюдали в ходе войны так называемые «окопные» психозы. С.А. Сухарев описал «бред вражеского пленения», указывая на важную роль психогенного фактора.

Отечественные учёные уже в ходе Первой мировой войны рассматривали психогенные расстройства как заболевания мозга, в той же мере, как и, так называемые, экзогенные и эндогенные расстройства. Отличие состоит лишь в патогенной роли переживаний, вытекающей из индивидуальных, жизненно значимых отношений человека. Психогенный фактор действует одновременно и на психику, и на соматику, включая мозг; напряжение разряжается в реакциях исключительной длительности и потрясающей силы, часто оставляя после себя то, что называется органическими изменениями в смысле сосудистых явлений, расстройств функции желёз, падения общего тонуса жизни (Хорошко В.К., 1916; Мясищев В.Н., 1947) [5, с. 59]. При вскрытии трупов воинов, умерших от «острой психогенной спутанности», А.В. Гервер обнаружил изменения в клетках коры, аналогичные таковым при отравлении сильным ядом. Н.М. Добротворский, пытаясь упорядочить терминологию, используемую для обозначения психологических последствий войны, предложил объединить в исследовательских целях различные по форме психические расстройства боевой обстановки в единую группу [5, с. 60; 87; 99].

Отечественные психиатры и психологи были в числе первых, кто описал отсроченные последствия влияния боевой обстановки на участников боевых действий. Так, В.М. Бехтерев ещё в 1914–1915 годах в своей работе «Война и психозы» отмечал, что переживания событий войны сохраняются у участников боевых действий в течение длительного времени. Среди таких последствий он описывал гиперакузис, непереносимость вида крови, приступы страха, ассоциирующиеся с боевой обстановкой, галлюцинации, аналогичные по описанию современному «флэшбэк». При этом он не связывал эти симптомы с слабыхарактерностью и отмечал, что они исчезают в случае нового столкновения с реальной боевой ситуацией [5, с. 246].

Совокупность перечисленных выше симптомов в ходе войны называли по-разному – «снарядным шоком», «военным неврозом», а позже – «психоневрозом».

Эффективность психологической помощи психотравмированным участникам боевых действий была невысокой в связи с тем, что к началу войны военная психиатрия была ещё слишком «молода», в действующих армиях ощущалась острая нехватка психиатров и практически отсутствовали психологи.

Специалисты психиатрического профиля воюющих армий либо не знали, либо забыли об опыте русской военной психиатрии, накопленном в годы русско-японской войны, среди них преобладало мнение, что нервные расстройства являлись последствиями взрывов артиллерийских

снарядов, которые вызывали нарушения в деятельности мозга. Явления, вызываемые такими эмоциональными причинами, как чувство страха, трудно поддавались объяснению и никогда предметно не рассматривались.

В годы войны не было и специальных программ психологической реабилитации. Поэтому пострадавших с диагнозом «военный невроз» стали эвакуировать с поля боя и направлять в госпитали. Англичане эвакуировали лиц с симптомами военного невроза на побережье Ла-Манша для осуществления их психологической реабилитации в военном госпитале санаторного типа. Французы оказывали психологическую помощь пострадавшим вблизи от линии фронта, сохраняя режим воинской деятельности и проводя с ними повседневные занятия по боевой подготовке. Эффективность такой реабилитационной схемы была крайне низка. Лишь незначительная часть пострадавших восстанавливала здоровье, но даже выздоровевшие больше не возвращались в боевой строй. Анализ показал, что эвакуируемые в тыл психотравмированные английские солдаты, после курса реабилитации стали чувствовать себя ещё хуже [3, с. 9]. Когда же, после 1917 года из-за антивоенных выступлений населения, провоцируемых, в том числе, и созерцанием большого числа пострадавших, англичане и французы перешли к оказанию психологической помощи воинам с психическими расстройствами в непосредственной близости от линии фронта [2; 3], это позволило возвращать некоторую часть восстановившихся солдат в действующую армию.

В первом периоде войны во всех воевавших странах для лечения больных с истерическими симптомами применялись преимущественно «мягкие», «щадящие» физиотерапевтические процедуры, сочетаемые с убеждением больного в том, что ему «лучше», что болезнь его «проходит». Предоставление больным отдыха и покоя, отправка их на курорты и в санатории, лечение бромидами, вливаниями глюкозы и витаминами, ваннами, «мягкими» физиотерапевтическими процедурами широко применялось в начале Первой мировой войны [11]. Низкая эффективность такого подхода привела к применению принудительных методов психолого-психиатрической помощи: метод «интенсивного перевоспитания», сочетающий удары электрическим током и «насильственные упражнения» (Vincent; Kehrер), метод «внезапного нападения врасплох», включающий удары током и властные команды (Kaufmann). Все эти методы были нацелены на то, чтобы заставить больных «отказаться от болезни» и вызывали сопротивление пациентов. Постепенно во французской, а затем в английской и американской армиях (Grasset, Roussy, Lhermitte, Salmon) стала применяться целостная система репрессивных мер, включающая 4 последовательных этапа. *Этап психотерапии* включал упреки в нежелании выздороветь в сочетании с убеждением и внушением. *Этап репрессий* состоял в угрозах (ареста и передачи в военный трибунал) и жёстком психологическом давлении на больных, чтобы заставить их «бежать из болезни», «бежать из госпиталя на фронт». Для этого психиатры применяли различные методы (Kretschmer - изоляцию больных в темное помещение с запрещением общения и чтения; Rieder и Wollenberg — заключение в деревянные изолированные ящики с запрещением контактов; Jendrassik и Binswanger — голодную молочную диету; Stier — помещение больных без психических расстройств в беспокойное психиатрическое отделение; Alt и Weichbrodt — длительная изоляция в ванной; Roussy и Lhermitte — болезненные подкожные введения эфира и т. п.). *Этап фарадизация* предполагал нанесение возрастающих по силе ударов током. *Этап перевоспитания* предполагал выполнение больным мучительной системы военных упражнений. Если на одном из этапов наступало излечение, последующие мероприятия не проводились [11].

Эвакуация психотравмированных военнослужащих с поля боя в тыл породила весьма грозную проблему. В медицинских подразделениях воюющих армий появились тысячи симулянтов,

изображавших симптомы «военного психоневроза» для того, чтобы избежать дальнейшего участия в боевых действиях.

Хаханьян Г., анализируя подобные, характерные и для Первой мировой войны, психологические явления обозначает их общим термином «притворства». Это понятие, по его мнению, охватывает: 1) *искусственные болезни* (членовредительство, самоотравление, самозаражение, самообморожение), 2) *симуляцию* (демонстрация симптомов соматических и психических болезней), *аггравацию* (преувеличение симптомов), *диссимуляцию* (скрывание болезни) [18].

Не удивительным было то, что набор фальсифицируемых симптомов часто зависел от того, какое именно поведение врач данной части считал «боевым неврозом». Это остро поставило перед командирами, военными врачами и психологами задачу, наряду с оказанием психологической помощи пострадавшим, разрабатывать диагностические критерии, позволяющие выявить многочисленных симулянтов [3, с. 9].

Активно и целенаправленно решались вопросы психологической помощи военнослужащим, пострадавшим от «снарядного шока» в Великобритании. В 1915 командиры и психиатры британских войск во Франции обучались тому, что: «Все случаи контузии и снарядного шока, вызванные действиями противника, в докладах о несчастном случае должны фиксироваться буквой «W» («wounded» - *раненый*); в этом случае пациент имеет право относиться к категории «раненый» и носить на рукаве специальную нашивку – «wound strip». Если, однако расстройство человека не вызывалось взрывом снаряда, не было причинено врагом, оно должно было маркироваться «контузия» или буквой «S» (*sickness-болезнь*). В этом случае пострадавший не имел право на нашивку и пенсию». В июне 1917 года все британские военнослужащие с случаями «снарядного шока» эвакуировались в ближайший неврологический центр и были маркированы как NYDN (Not Yet Diagnosed Nervous - пока ещё не диагностированное возбуждение). Однако пострадавший мог получить необходимую помощь специалиста лишь после того, как командиром заполнялся специальный документ (бланк формы AF 3436). Это существенно задерживало процесс оказания помощи, но способствовало пониманию того, что «возбуждение» из-за физических причин (случаи снарядного шока «W») составляли лишь 4–10 %, а остальные случаи были вызваны эмоциональными причинами. Это открытие привело к тому, что понятие «снарядный шок» как действительная болезнь было отменено в сентябре 1918 [12].

В ходе войны британскими специалистами были разработаны принципы оказания психологической помощи лицам с случаями «пока не диагностированного возбуждения» (NYDN), которые были обозначены мнемической аббревиатурой «PIE» (*pie – пирог*, P – Proximity, I – Immediacy, E- Expectancy).

Эти принципы означали: 1) *Близость* – помогать жертвам вблизи линии фронта и в пределах звуков боя; 2) *Незамедлительность* – помогать им немедленно; 3) *Предвкушение* – гарантировать, что всех пострадавших ожидает обязательное возвращение в боевые порядки после отдыха и восполнения сил.

Бюрократические задержки, вызванные необходимостью заполнения формы AF 3436, как ни странно, привели к положительным результатам. Военные врачи стали оставлять пострадавших в воинских частях. Это сделало возможным практически реализовать принцип приближённости. Пострадавшие с маркировкой «W» эвакуировались в медицинские учреждения в глубине от линии фронта. А лицам, с эмоциональными расстройствами (отмеченные литерой «S») предоставлялся отдых (день–два) в пунктах помощи частей. Им разъяснялось, что с ними не произошло ничего

страшного, безысходного. Затем они возвращались в боевые порядки войск и действовали под наблюдением командиров и врачей [12].

Наиболее целенаправленно вопросы реабилитации психотравмированных военнослужащих решались в армии США. Ещё до вступления этой страны в войну министерство обороны оценило феномен психотравматизации воинов как одно из важнейших явлений, влияющих на исход военной кампании. При его участии Национальный комитет по психогигиене организовал взаимодействие с медицинской службой армии в интересах оказания помощи воинам, получившим психические расстройства. Один из специалистов в этой области доктор Томас Салмон был направлен в Англию для изучения опыта психологической реабилитации военнослужащих. Салмона часто называют создателем принципов ПИРОГА. Это не совсем верно. Салмон творчески интегрировал британскую систему принципов. В значительной степени именно благодаря этому ему удалось к концу войны выстроить целостную систему элементов и процедур, которая в то время была признана наиболее эффективной системой психологической помощи участникам боевых действий.

С учётом английского, российского и германского опыта американское военное руководство организовало подготовку врачей и вспомогательного медицинского персонала для работы с военнослужащими, подвергшимися психотравматизации. В 1918 году в Вооруженных силах США действовало 693 психиатра, 263 из которых находились в боевых порядках войск. Это позволило создать довольно стройную и эффективную систему психиатрической и психологической помощи, включавшую психиатров дивизий, небольшие психиатрические госпитали ёмкостью на 30 пострадавших каждый, располагаемые вблизи линии и крупные госпитали, дислоцируемые в тылу района боевых действий. Солдаты и офицеры с психическими нарушениями подвергались обследованию уже на эвакуационных пунктах, расположенных в непосредственной близости от линии фронта. Здесь определялось, кто направляется для лечения в передовые, а кто в тыловые госпитали [2].

Теория и практика психологической помощи развивалась прямо «с колес», в процессе решения практических реабилитационных задач. Постепенно вызревающее понимание того, что психотравмы на войне имеют не соматическую, а эмоциональную природу, переориентировало американских психиатров с применения таких методов реабилитации, как электрошок и гипноз, на краткосрочный отдых, хорошее питание и т. п. Практическая реализация данной реабилитационной схемы позволила в годы Первой мировой войны вернуть в боевой строй около 40 % психотравмированных воинов [2].

В русской армии оказание психолого-психиатрической помощи строилось на базе германской психиатрической школы. Несмотря на то, что психиатры использовали такие методы, как электростимуляция парализованных конечностей, водную терапию, отдых, народную медицину, биологические стимуляторы, система психологической помощи оставалась недостаточно разработанной [5, с. 312]. Военные врачи передовых районов не имели опыта, времени, средств для постановки психиатрических диагнозов. Парадоксально, но в русской армии, где в годы русско-японской войны Г.Е. Шумковым [22; 23] были разработаны основополагающие принципы, методы и схемы психологической помощи военнослужащим и, по существу создана военная психиатрия [2], организация психологической помощи была налажена достаточно слабо.

Осмысливая это обстоятельство, некоторые специалисты отмечают, что «поскольку многие военные психиатры и невропатологи были выходцами из дворян, то часть из них погибла от революционного террора и в Гражданскую войну, часть от голода, а часть эмигрировала за границу» [5, с. 300].

Таким образом, завершая анализ развития системы психологической помощи в годы Первой мировой войны можно сделать следующие выводы.

В ходе войны у военных психологов и психиатров разных стран сложилось более или менее чёткое представление о психологических последствиях боевых действий, наметились методы работы с военнослужащими, страдающими психическими расстройствами.

Военными психологами и психиатрами была разработана система оказания психологической помощи военнослужащим в боевой обстановке, включающая: понимание сущности психических расстройств, их классификацию, этапы, методы, средства и принципы оказания психологической помощи психотравмированным военнослужащим.

Определённым достижением была разработка принципов «ПИРОГА». Специалистами были вынесены уроки, касающиеся неотложности оказания психологической помощи пострадавшим, приближённости органов психологической помощи к линии фронта, специфического отношения к психотравмированным военнослужащим, сочетания психологических, психофизиологических и психиатрических методов вспомоществования.

Один британский автор по этому поводу писал: «Не должно быть никакого оправдания, для формирования убеждения в том, что функциональное нервное расстройство предоставляет право на компенсацию. Об этом трудно говорить. Это может казаться жестоким, что тех, чьи страдания реальны, чья болезнь была вызвана действиями противника и очень вероятно в ходе выполнения патриотического долга, нужно рассматривать с такой очевидной грубостью. Но не может быть сомнения в том, что в значительном числе случаев, эти пациенты поддаются «шоку», потому что они получают кое-что из этого. Дать им это вознаграждение – не окончательная льгота для них, потому что оно поощряет демонстрацию более слабых тенденций в их характере. Нация не может обратиться к её гражданам за храбростью и жертвами и, в то же самое время, косвенно заявить, что будут вознаграждены и те, кто проявил бессознательную трусость или неосознаваемое бесчестие» [24].

Опыт психолого-психиатрической помощи в боевой обстановке наиболее полно был обобщен в разработанном британским правительством «Докладе Военного министерства по «снарядному шоку», которое было опубликовано в 1922 г. В нём содержались следующие рекомендации по организации психологической помощи участникам боевых действий.

**В передовых районах.** Ни одному солдату нельзя позволять думать, что утрата нервного или умственного контроля обеспечивает почётный путь покидания поля боя. Любая малейшая попытка оставления позиции батальона (дивизиона) должна предотвращаться, помощь должна быть ограничена предоставлением отдыха и комфорта для тех, кто нуждается в этом и к побуждению их к возвращению на линию фронта.

**В неврологических центрах.** Если случаи травматизации достаточно серьёзны и требуют более квалифицированной и трудоёмкой помощи, пострадавших нужно направлять в специальные неврологические центры, расположенные как можно ближе к линии фронта, и предоставлять на попечение эксперта по нервным расстройствам. Однако эвакуация не должна маркировать пострадавших и фиксировать в их сознании мысли о нервном расстройстве.

**В базовых госпиталях.** Когда необходима эвакуация в базовые госпитали, пострадавшие должны лечиться в отдельном госпитале или отдельных секциях госпиталя, а не вместе с обычными больными и ранеными пациентами. Только при исключительных обстоятельствах пострадавшие должны посылаться в Великобританию, например, те военнослужащие, которые вероятно, будут



непригодными к дальнейшей службе в любых видах войск в боевой обстановке. Эта политика должна быть широко известна во всех вооружённых силах.

**Формы лечения.** Создание атмосферы лечения – основа успешного лечения, однако индивидуальность врача имеет величайшую важность. Признавая, что каждый индивидуальный случай военного невроза нужно рассматривать как их заслугу, полагаем, что хорошие результаты будут получены в большинстве простейшими формами психотерапии, такими как объяснение, убеждение и предложение, которым помогают такие физические методы как ванны, электричество и массаж. Отдых ума и тела является существенным во всех случаях.

Введение в гипнотические состояния и глубокий гипнотический сон, в большинстве случаев, в боевой обстановке являются ненужными и могут на какое-то время даже ухудшить симптомы. Не рекомендуется также использовать психоанализ во фрейдистском смысле.

В процессе выздоровления очень важны перевоспитание и подходящие интересные занятия. Если пациент непригоден к дальнейшей военной службе, полагается, что должны быть предприняты все попытки для получения пострадавшими подходящего занятия (профессии) по их возвращению к активной жизни.

**Возвращение на линию фронта.** Солдаты не должны возвращаться на линию фронта при следующих условиях:

- 1) если признаки невроза имеют такой характер, что солдата нельзя рассматривать за границей в целях последующей полезной занятости;
- 2) если расстройство настолько серьёзно, что требует длительного периода отдыха и лечения в Великобритании;
- 3) если расстройство – это тревожное расстройство серьёзного типа;
- 4) если расстройство – умственное расстройство или психоз, требующий лечения в психиатрической больнице.

Однако полагается, что многие из пострадавших, после восстановления, могут полезно использоваться в исполнении некоторых видов вспомогательных военных обязанностей.

Важнейшим уроком, который был усвоен военными специалистами большинства стран, принимавших участие в Первой мировой войне, состоял в том, что психологическая помощь не должна вызывать у участников боевых действий соблазна воспользоваться ею без имеющихся на то оснований [24].

Содержание приведённого документа свидетельствует о том, что разработанная в ходе Первой мировой войны система психологической помощи составляет основу сегодняшней схемы психологического вспомоществования участникам боевых действий.

Вместе с тем, в ходе многоплановой психологической работы с военнослужащими психологами были сделаны ошибки, на осмысление которых в будущем потребовалось немало времени: авторитет боевого опыта довлел над умами военных психологов. Так, американцы из своих открытий о сущности боевых психических расстройств сделали не совсем верные практические выводы. Все усилия они направили на организацию психологического отбора новобранцев с целью недопущения в армию лиц, склонных к получению психотравмы. Опыт же оказания психологической помощи был на некоторое время забыт и потребовалось много усилий и времени для его восстановления в годы Второй мировой войны [4].

К сожалению, с окончанием войны накопленный военной психологией опыт оказался забытым практически во всех ведущих армиях мира. Это было связано с тем, что сознание людей, завершивших это чудовищное взаимное уничтожение, отказывалось верить в то, что повторение подобного события возможно ещё когда-либо в грядущей судьбе человечества. Военная психология и военные психологи в большинстве стран – активных участников войны практически исчезла. В результате с началом Второй мировой потребовались титанические усилия для того, чтобы по крупицам собрать, обобщить, осмыслить и задействовать опыт использования психологии в интересах достижения победы в войне.

### Литература

1. Военно-психологические взгляды русских военных деятелей XV11-XX веков. В 2-х ч. М.: МО РФ, 1992-1993. Ч.2.
2. Габриэль Р. Героев больше нет. Умственные расстройства и проблемы военной психиатрии в условиях войны. Нью-Йорк: Хилл и Вонг, 1986 / Пер. с англ. б.м, б.г.
3. Конюхов Н.И., Феденко Н.Ф. Психологические потери и пути их снижения. М., 1990.
4. Коупленд Н. Психология и солдат / Пер. с англ. М.: Воениздат, 1991.
5. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник АМ. Боевая психическая травма. М.: Медицина, 2005.
6. Лихи Т. История современной психологии. 3 изд-е. СПб.: Питер,
7. Майерс Д. Социальная психология. СПб.: Питер, 1999.
8. Психозы и психоневрозы в войне: сб. статей. М., 1986.
9. Психология здоровья /Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2003.
10. Ремарк Э.-М. На западном фронте без перемен. М.: Пушкинская библиотека, 2003.
11. Свядощ А.М. Неврозы и их лечение. М.: Медицина, 1971.
12. Сенявская Е.С. Психология войны в XX веке: исторический опыт России. М.: РОССПЭН, 1999.
13. Современная буржуазная военная психология. М.: Воениздат, 1964.
14. Феденко Н.Ф. Современная буржуазная военная психология. М.: Воениздат, 1964.
15. Феденко Н.Ф. Буржуазная военная психология на службе психологической войны империализма. М.: ВПА, 1981.
16. Феденко Н.Ф., Раздубов В.А. Русская военная психология (Середина XIX – начало XX века). М.: ГА ВС, 1993.
17. Феденко Н.Ф. Сергеюк П.И., Стрельников Е.А., Додольцев Р.Ф. Буржуазная военная психология и её использование в подготовке империалистических армий. М., 1978.
18. Хаханьян Г. Основы военной психологии. М.: Госиздат, 1929.
19. Холл К.С., Линдсей Г. Теории личности / Пер с англ. М.: ЭКСМО-Пресс, 1999.
20. Хьелл Л, Зиглер Д. Теории личности. (Основные положения, исследования и применение). СПб.: Питер, 1999.
21. Шульц Д., Шульц С.Э. История современной психологии. СПб.: Евразия, 1998.
22. Шумков Г.Е. Психика бойцов во время сражений. // О-во ревнителей военных знаний - 1908. - № 3.
23. Шумков Г.Е. Психика бойцов во время сражений. СПб., 1905.
24. [http://en.wikipedia.org/wiki/Combat\\_stress\\_reaction](http://en.wikipedia.org/wiki/Combat_stress_reaction) /Пер. с англ. А.Г. Караяни.