

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ – НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

**Калачинская О.А.,
Васильева О.С.**

Данная статья посвящена исследованию жизненной ситуации военнослужащих, находящихся в экстремальных условиях. Показано, что непринятие изменившейся ситуации, произошедших перемен, потеря личностью смысла затрудняют процесс социальной адаптации, осложняют процесс выздоровления. Экзистенциальный подход в процессе реабилитации позволяет пробудить внутренние жизненные силы человека, направить их на процесс изменения своей жизни, развить ценностно-смысловую сферу и восстановить социальное здоровье личности.

Ключевые слова: *здоровье, жизненная ситуация, принятие, альтруизм, осмысленность жизни, самопознание, развитие.*

Современность характеризуется не только техническим прогрессом, но и огромным «материалом» мировых войн, бедствий, социальных катастроф и революций 20-го века. Варварские последствия Первой Мировой войны потрясли европейское сообщество. Количество погибших, раненых, искалеченных людей, шокировало, не укладывалось в сознании. В переходе от одного поколения к другому, трагедии истории постепенно теряют свою угнетающую силу, но не уходят из памяти, а продолжают присутствовать в новых эксцессах мирового насилия. Об этом говорят трагические события в Косово, Югославии, Чечне, Южной Осетии и др., приведшие к массовой гибели людей, травмам и ранениям.

Перед историками, философами нашего времени встала задача осмысления всеевропейского многомиллионного отрицательного опыта. Попытки открытия смысла человеческого развития заключались в поисках ответа на вопросы: «Возможно ли повторение трагедий? В чём идея спасения в ситуации радикальной экзистенциальной опасности? Каковы возможности человека в экстремальной ситуации?».

Идея спасения, как указывают в своих работах М. Фуко, М. Хайдеггер и др. исследователи [8, с. 295], при историческом переходе от Средних веков к Новому времени радикально преобразуется. «Существенная для христианства мысль о достоверности спасения заимствуется, но «спасение» – уже не потустороннее вечное блаженство; путь к нему – не отказ от самости. Спасительное и здоровое отыскивается исключительно в свободном саморазвёртывании всех творческих способностей человека» [9, с. 234]. И это саморазвёртывание осуществляется относительно двух идей – свободы и здоровья. Войны дали толчок к новому пониманию человеческого существования. Страдание преобразуется

в морально-политическую категорию, обосновывающую стремление к свободе и одновременно, переживание страдания рассматривается как шанс к спасению.

Проблема реабилитации людей, принимавших участие в ведении военных действий, получивших травмы/ранения, находящихся в экстремальных условиях, является актуальной и одной из важнейших психологических и медико-социальных проблем настоящего времени.

Исследования, проведённые отечественными и зарубежными специалистами (Д. Гарнер, С. Кливленд, С. Фишер, Г.А. Арина, А.Ш. Тхостов, Е.Т. Соколова и др.) в русле культурно-исторического подхода, отчётливо показали, что на формирование общего уровня самопринятия и самооценки своего здоровья влияет телесный опыт человека. По мнению авторов, отражение телесной сферы, хотя и носит глубоко индивидуальный характер, является культурным феноменом, опосредованным категориальной структурой сознания, являющейся продуктом присвоения общественного опыта.

На базе 625 Центра психологической помощи и реабилитации г. Ростова-на-Дону, во время работы в 236 военном госпитале г. Владикавказа с пострадавшими в ходе операции по принуждению республики Грузия к миру, нами было проведено эмпирическое исследование. В работе также приняли участие военнослужащие Северо-Кавказского военного округа, длительное время находящиеся в экстремальных условиях (военнослужащие погранзастав 4-й Военной базы). Все испытуемые были разделены на четыре группы:

1. Тяжелораненые военнослужащие: 11 человек в возрасте 19-23 лет.
2. Военнослужащие, получившие лёгкие ранения и ранения средней степени тяжести: 80 человек в возрасте 19-35 лет.

3. Военнослужащие, проходящие службу в зонах повышенной опасности и сложными бытовыми условиями (в экстремальных условиях): 100 человек в возрасте 19-33 лет.
4. Здоровые испытуемые, военнослужащие, находящиеся в привычных условиях существования: 80 человек в возрасте 18-28 лет.

В исследовании использовались следующие методики: дополненная методика ценностных ориентаций (ЦО) М. Рокича; цветовой тест отношений (ЦТО) Е.В. Эткида в модификации Г.А. Ариной; модифицированный вариант методики «Незаконченные предложения» Л. Сакса и В. Леви; опросник С. Хобффола оценки способности к преодолевающему поведению (SACS); определение ценностной структуры образа тела (ЦСОТ) С.Фишера в модификации Е.Т. Соколовой; опросник Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина определения уровня реактивной и личностной тревожности; проективная методика «Рисунок человека»; 8-цветовой тест Люшера; индивидуальная беседа.

Проведённое исследование показало, что у здоровых испытуемых тело более ясно представлено в сознании, чем у военнослужащих, получивших ранения. Так при выполнении методики ЦСОТ, при свободной актуализации здоровые испытуемые называли в среднем 8,8 частей тела, раненые 2 группы – 8,1; тяжелораненые и военнослужащие с ампутацией конечностей – 4,2. При этом все испытуемые 3 и 4 групп называли внутренние органы, а испытуемыми 1 и 2 групп внутренние органы практически не назывались. Все испытуемые 2 группы с ожогами лица, называли сначала лицо и только после паузы перечисляли другие части тела. Известно, что лицо несёт особую коммуникативную нагрузку и является особо значимым для людей молодого возраста. Более 87% здоровых испытуемых отмечали лицо и его части. Военнослужащие, перенесшие ампутацию, называли руки и ноги, как правило, на этом останавливались.

Полученные данные указывают на то, что важную роль в организации телесного опыта играют болевые ощущения: локализация ощущений в какой-либо части тела свидетельствует о чёткости и полноте её осознания. У раненых с фантомно-болевым синдромом боль помогает сохранить иллюзию реального существования ампутированной конечности. Для них характерны такие высказывания (при выполнении методики «Незаконченных предложений»): «для меня важно... вернуть руку (ногу), стать прежним». И в тоже время – «по сравнению с большинством людей... я такой же». Наблюдается несоответствие между сознательной компонентой и бессознательным стремлением остаться в прежнем мире. Очевидно, что боль снимает, а страх мешает необходимости переструктурирования образа физического Я. Продолжить фразу «когда я буду старым...» около 80%

испытуемых 1 группы не смогли, что говорит о возникновении синдрома «закрытости будущего».

Для определения неосознаваемого отношения к телу, изучения образа физического Я, использовалась проективная методика «Рисунок человека». Для военнослужащих 1 группы, характерен отказ от рисования (говорили: «Сейчас не могу», – даже при наличии хорошего контакта с психологом). Выполненные же рисунки носят примитивный характер, линии нечёткие, часто вытянуты, в образе тела нарушены пропорции (удлинены), отсутствуют признаки половой принадлежности. Согласно теории А. Лоуэна [5, с. 118] эти данные (и данные методики «Незаконченных предложений») свидетельствуют о наличии страха у пострадавших, причём не конкретного, а бессознательного глобального страха перед миром. В некоторых рисунках, напротив, обращает на себя внимание чёткость и скрупулезность в прорисовке рук и ног (у испытуемых 1 группы). Эта тенденция также говорит о неготовности (на неосознаваемом уровне) принять произошедшие изменения с телом и отражает противоречие между необходимостью перестроить образ тела и реальной жизненной ситуацией.

В рисунках 2 группы также наблюдалась большая схематичность и нечёткость в прорисовке деталей, очень слабый нажим, нежели у военнослужащих 3 и 4 групп. Вероятно, эти данные свидетельствуют о модификации образа тела: образ физического Я строится с учётом изменения телесного опыта, что говорит о принятии жизненной ситуации.

Отмечены сенсорная бедность и негативный локус телесных ощущений у пострадавших, что свидетельствует об их нежелании быть «здесь-и-сейчас», об их стремлении уйти в другую реальность. Военнослужащие, находящиеся в состоянии депрессии, воспринимают своё жизненное пространство как сузившееся, теряют остроту чувств. Д. Хелл указывает на то, что в экстремальных случаях «тело воспринимается менее одушевлённым, чем прежде, зачастую, как пустая оболочка. При этом собственное пространство жёстко ограничено от пространства мира» [11, с. 43].

Обращает на себя внимание следующая закономерность – характер ранения и отношения с окружающими находятся между собой в сложной связи. Военнослужащие, перенесшие тяжёлые ранения, ампутацию, часто отказываются принимать новые правила (неспособность ухаживать за собой, обязательность медицинских процедур), отказываются контролировать свои ситуативные побуждения (нарушается диета, запрет курения и пр.), что приводит к осложнению их отношений с окружающими (медперсоналом, коллегами, родными и близкими). Состояние больных ухудшается в результате активных или пассивных протестных реакций, колебаний эмоционального состояния. Часто гиперопека со

стороны близких приводит к пессимистическому и даже трагическому взгляду в будущее, депрессии.

Высокие показатели, полученные при изучении реактивной тревожности, указывают на наличие невротического конфликта у военнослужащих 1 группы. Признаки повышенной тревожности регистрировались и в тесте Люшера. Чёрный, фиолетовый, серый цвета; сочетание чёрного и жёлтого – занимали первые позиции у военнослужащих 1 группы, что позволяет судить об их негативном душевном состоянии – чувстве безнадежности, обречённости, отчаянии. Жёлтый, красный и синий цвета занимали первые позиции у здоровых испытуемых и указывали на их положительное настроение, стремление к позитивному эмоциональному состоянию и несколько повышенное деловое возбуждение (табл. 1).

Таблица 1
Выбор цвета, при выполнении 8-цветового теста Люшера, разными группами испытуемых

	Ранг цвета							
	Жёлт.	Синий	Красный	Зелё- ный	Фио- лет.	Коричн.	Чёрный	Серый
Группа №1	2,5	7	8	5	2,5	6	1	4
Группа №2	3	4	7	1	8	5	6	2
Группа №3	4	5	1	2	3	7	6	8
Группа №4	1	3	2	4	5	7	6	8

При оценке способности испытуемых 2 и 3 групп к преодолевающему поведению и определения уровня тревожности, выявлено снижение показателей тревожности при повышении показателей агрессивности. В данной ситуации агрессию можно рассматривать как негативный, но всё же менее деструктивный фактор, чем тревожность.

В процессе выполнения методики ЦТО, выборы цветов, сделанные военнослужащими 3 и 4 групп, показывают, что для большинства из них тело является источником достижения удовольствия (жёлтый цвет); также влияет на эмоциональное состояние и уверенность в себе, на чувство целостности (синий цвет); на активное стремление к деятельности, на расширение контактов и стремление к впечатлениям (красный цвет). Дополнительные цвета (чёрный, коричневый, серый), как правило, этими военнослужащими не назывались (табл. 2).

Для группы раненых с ампутацией конечностей характерен выбор отвергаемых чёрного и коричневого

цветов для категории «всё тело». Очевидно, данный факт свидетельствует о фрустрации потребности в независимости, стремлении уйти от беспокойных мыслей, постановке нереальных задач. Для испытуемых 2 группы наиболее часто встречается серый цвет в категории «всё тело», что говорит о недостаточном владении собственным телом, существующем препятствии в достижении некоторых потребностей. Характерно, что военнослужащие, получившие тяжёлые ранения (1 группы), в категориях «голова», «всё тело» выбирали зелёный, чёрный и коричневый цвета (табл. 2). Данное сочетание указывает на чувство неудовлетворённости, усталости, переоценке значимости к себе со стороны окружающих, стремлении к жалости и потребности в самоутверждении. Нужно отметить, что нередко негативное эмоциональное состояние связано с обидой на окружающих: «Почему именно я получил ранение? Почему назначения (медицинские) у меня другие и пр.?». Присутствие чёрного цвета на первых позициях также трактуется как протест против судьбы, как желание отстаивать свои взгляды. Регрессивные реакции, в этом случае, основаны на отрицании травматического опыта, на желании травмированной души аннулировать, «анестезировать» боль и вернуться к нарциссическому состоянию ребёнка.

Для 3 группы военнослужащих, находящихся в экстремальных условиях, характерен выбор красного, зелёного и фиолетового цветов. Такой выбор присущ людям, испытывающим деловое возбуждение, не всегда адекватную увлечённость, преодолевающим трудности, активно добивающихся поставленной цели и стремящихся к высокой оценке своей деятельности.

Как показывают наши наблюдения, многими военнослужащими, получившими тяжёлые травмы и ранения, травма воспринимается как значительная, иногда и вовсе непреодолимая преграда на пути достижения жизненных целей. И как следствие, у них возникает субъективное ощущение «закрытости будущего», безнадежность, страх и отчаяние. Депрессивные ожидания в отношении будущего выражались военнослужащими как в прямой форме (просьбу продолжить предложение «наступит день, когда...», заканчивают словами «начнётся война, все погибнут и т.д.»), так и в защитной (раненые говорили об отдалённом будущем, которое они не смогут увидеть). Деструктивные и танатические фантазии, возникшие

Таблица 2
Цвет, ассоциируемый испытуемыми с частями тела при выполнении методики ЦТО/среднее количество, названных частей тела, при выполнении методики ЦСОТ

	Оцениваемые части тела					
	Всё тело (названо частей тела)	Голова	Грудь	Спина	Руки	Ноги
Группа №1	Чёрный/коричн. (4,2)	Зелёный	Не оценивались			
Группа №2	Серый (8,1)	Фиолетов./серый	Синий/жёлтый	Коричн./зелён.	Зелён./фиолетов.	Чёрный
Группа №3	Красный/жёлтый (9,0)	Зелён./фиолет.	Зелёный/красный	Синий/фиолет.	Синий	Зелёный/коричн.
Группа №4	Красный (8,8)	Жёлтый	Красный	Красн./зел.	Синий	Зелёный

в результате эмоциональной оглушённости, являются проекцией неосознаваемых суицидальных тенденций, стремлением остаться безразличным к пережитым страданиям.

Состояние отчаяния и страха перед будущим парализует потенциальные возможности человека, ухудшает динамику выздоровления. Это состояние приводит к возникновению протестных реакций, выражающихся в отказе выполнять необходимые процедуры и предписания врача. Для военнослужащих, находящихся в депрессивном состоянии характерны высказывания: «Зачем мне это нужно? Я так жить всё равно не смогу».

Психологическая травма понимается как переживание, сопровождающееся чрезвычайно сильным чувством беспомощности, при столкновении с внезапным, потенциально опасным событием, которое превосходит возможности индивида и которое он не способен ни контролировать, ни сколько-нибудь эффективно отреагировать. Психологическая травма возникает из-за отсутствия индивидуальных ресурсов, необходимых для переживания травматического события. Как отмечает П. Левин, разрушительная сила психической травмы зависит от индивидуальной значимости, которое травмирующее событие имеет для человека, степени его психологической защищённости и способности к саморегуляции [12].

Важно отметить, что не сама травма и её характер влияют на динамику выздоровления и социальной адаптации. У многих раненых (около 20 – 25% человек) феномена «закрытости будущего» не обнаруживается. Напротив, обращает на себя внимание их самообладание, повышенная общая энергетика и тонус, чёткость и быстрота выполнения методик (что говорит о сформированности взглядов). На вопрос: «Что нового ты узнал о себе, переживая данное событие?» – отвечали, что в сложной обстановке, смогли сохранить уверенность в себе, в своих силах, принять верное решение; чувствовали ответственность за окружающих. Данные военнослужащие отмечали, что экстремальная

ситуация позволила им почувствовать гордость за себя (представление о себе, как о сильной личности), повлияла на рост самооценки и на уверенность в своих профессиональных качествах (самореализации). Как отмечают многие исследователи, «развитие самопознания, необходимого для достижения здоровья и счастья, возможно только на основе выхода человека за пределы социально обусловленной, ситуативной личности, и установления контакта со своим бессознательным. Средство для этого – знание, основанное на переживании» [2, с. 211].

В ходе исследования нами была выявлена взаимосвязь между эмоциональным состоянием военнослужащих и их системой ценностно-смысловой ориентации. Низкие показатели реактивной тревожности напрямую коррелировали с данными, указывающими на сформированность у испытуемых системы ценностей. Среди терминальных ценностей, военнослужащие чаще всего называли: причастность к делу по защите Отечества, воинская честь и достоинство, здоровье (физическое и психическое), уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий), продуктивная жизнь (максимально полное использование своих возможностей и сил), общественное признание (уважение окружающих) и др. У респондентов, находящихся в состоянии безнадежности, страха и депрессии, переживающих психологическую травму, выявлена несформированность отношений к самому себе, к другим людям и окружающему миру. На предложение проранжировать терминальные ценности, либо выбрать предпочитаемые, отвечали: «Не могу. Не знаю, мне всё равно» (табл. 3). На наш взгляд, ведущая роль и в становлении психической сферы, и в течение процесса выздоровления принадлежит мотивации, точнее ценностно-смысловой ориентации человека.

Ценностно-смысловая ориентация молодого поколения сформирована многими факторами: мотивационными установками родителей, значимыми близкими, характером их взаимоотношений, педагогами, СМИ

Таблица 3

Выбор респондентами терминальных ценностей при выполнении методики ЦО, в соответствии с уровнем реактивной тревожности

	Уровень реактивной тревожности/доля испытуемых	Ценностные ориентации
Группа №1	Высокий/80%	Не сформированы.
	Низкий/20%	Воинская честь и достоинство; защита Отечества; воинское братство; уверенность в себе; самопознание.
Группа №2	Высокий/20%	Не сформированы.
	Средний/60%	Активная деятельная жизнь; здоровье; достижение приличного положения в жизни; специальные льготы.
Группа №3	Низкий/20%	Воинская честь и достоинство; защита Отечества; самопознание; общественное признание; активная деятельная жизнь; развитие; здоровье; достижение цели.
	Средний/74%	Возможность увидеть жизнь в разных краях, испытать себя в сложных условиях; активная деятельная жизнь; материально обеспеченная жизнь; специальные льготы; уважение со стороны окружающих.
Группа №4	Низкий/26%	Причастность к делу по защите Отечества; активная деятельная жизнь; дружба; самопознание; самосовершенствование; достижение цели.
	Средний/63%	Активная деятельная жизнь; развитие; материально обеспеченная жизнь; здоровье; свобода.
Группа №4	Низкий/37%	Причастность к делу по защите Отечества; уверенность в себе; продуктивная жизнь; дружба; самопознание.

(телевидением, Интернетом, прессой), рекламой и другими социокультурными факторами. В результате этого адаптация происходит чаще не к реальным условиям, а к условиям, порождаемым иллюзорными представлениями. Как отмечают О.С. Васильева, Л.Р. Правдина, «социальная среда, предоставляя широкие возможности совершенствования когнитивной сфере личности, проявляет всё меньше возможностей для стимулирования развития и совершенствования поведенческой, эмоциональных сфер, самосознания субъекта, его ценностных и смысловых сфер. Это происходит благодаря стереотипизации социальных ситуаций, культивированию репродуктивных стилей мышления и поведения, более удобных для социума, чем индивидуальные... Человек в обыденной жизни не часто прибегает к самосознанию, потому что многие поведенческие акты регулируются автоматически, а стереотипные бытовые ситуации не дают повода для поиска новых стратегий» [2, с. 206]. Человек учится воспринимать как «жизнь» всё, что не содержит реальной опасности (эту иллюзию обеспечивает, как правило, неизменность его бытия, «виртуальный мир» Интернета, телевидения, компьютерных игр и пр.), и как «трагедию» всё, что содержит в себе окончание стабильности и всякий новый опыт. Поэтому, как правило, человек обучается программировать свои действия так, чтобы избежать телесного неудовольствия. М. Хайдеггер указывал на то, что «всё, что у нас получается хорошо, мы в некотором смысле пытаемся поставить на конвейер, чтобы впоследствии извлекать из этого социальную выгоду. Однако наша суть, которая в то же самое время не только наша, но и суть вещей, и само бытие, зачастую требует от нас отказа от привычных социально успешных моделей поведения и рискованного погружения в неизвестное и неосвоенное» [10].

В настоящее время средствами массовой информации активно пропагандируется и навязывается развитие потребительской, финансовой, достиженческой мотивации, которая является частным случаем мотивации индивидуалистической и порождает иждивенческую позицию (манипуляцию окружающими). Конфликт между внешним и внутренним, подготовленный предшествующим опытом, наиболее ярко проявляется в экстремальных условиях. Полученная травма, ограничивающая культивированные достиженческие способности, является серьёзным препятствием в конкурентной борьбе и, как следствие, приводит к отчаянию и капитуляции перед жизненными трудностями.

Необходимо отметить, что экстремальная жизненная ситуация, в которую попадает человек – это не только внешние условия его жизни (биологические, социальные, духовные). Это также совокупность целого ряда факторов, определяющих актуальное состояние человека, (биологическое, психическое, социальное, духовное), внутренние соматические, психические и духовные процессы. Экстремальная ситуация меняет привычное течение бытия и может привести к нарушениям в процессе становления самосознания личности,

в случае потери смысла и значения своего существования (как доказывает проведённое исследование).

Период выздоровления и реабилитации – это период самоопределения, формирования предпочтений, период осмысления. В данное время человек должен ответить на вопросы: «Кто я? Что в жизни главное? Для чего я живу?». Эти вопросы во многом лежат в основе кризиса, переживших трагедию. От ответа на них зависит не только разрешение кризиса, но и становление всей личности человека.

Если вернуться к вопросу о том, узнавание чего достигается в переживании экстремальной ситуации, то можно утверждать, что испытание позволяет познать себя и свои вытесненные переживания, о которых мы не догадываемся. Экстремальная ситуация, сталкивая человека с угрозой для жизни и смерти, позволяет мобилизовать свои ресурсы, ставит его перед необходимостью жизненных изменений, даёт шанс для изменения себя. Причём самой большой силой воздействия обладают не ожидаемые и предсказуемые события, а экстремальные ситуации, приводящие к резкой смене обстоятельств, изменяющие смысл существования, преобразующие картину жизни. Как подчёркивает Аристотель, «перелом... есть перемена делаемого в свою противоположность, и при этом... вероятная или необходимая» [1, с. 652]. По мнению философа, переломы в жизни говорят о том, что понимание наших действий и того, что с нами происходит – относительно и может измениться в любой момент. Перелом всегда детерминирован внутренними причинами.

В ходе реабилитации пострадавших, оказания психологической помощи, отмечено, что одним из положительно влияющих на течение выздоровления, является альтруистический тип ориентации человека. Военнослужащие, которые могли найти смысл в произошедшем трагическом событии, отмечали следующее: «Я стал более опытным, могу поделиться своим опытом с товарищами, когда вернусь в часть. Состояние моё лучше, чем у многих. Я сейчас могу помочь другу. Я выжил и у меня ещё много дел впереди».

Осознанность, причастность к общему делу, забота об окружающих – очень важные факторы в формировании самосознания личности. Они развивают самоконтроль и повышают индивидуальную ответственность за сложившуюся ситуацию, помогают уйти от ипохондрического состояния, от длительного переживания собственных страданий. П. Леви считает важным признавать способность людей поддерживать и воодушевлять друг друга в процессе трансформации травмы (акцент на патологии, по мнению автора, может препятствовать процессу исцеления, так как отвлекает внимание человека от его собственной внутренней способности к саморегуляции и восстановлению своего баланса и жизнестойкости) [13]. Альтруистическая мотивация снимает конкурентные устремления, порождает позитивное отношение к другим людям и доверие к жизни.

Зачастую религиозная ориентация позитивно влияет на процесс выздоровления и адаптации. В данном случае любая жизненная ситуация воспринимается как испытание от Бога, как промысел Божий. В рамках христианства такое отношение к трагедии получило название «смирения». Трагедия, любая экстремальная жизненная ситуация, посланная Богом, в таком рассмотрении имеет более широкий смысловой контекст. Она, в духовном видении, всегда имеет глубокий смысл и необходима, «послана» человеку. Принятие жизненной ситуации рассматривается как испытание, вследствие чего, препятствует появлению у человека чувства отчаяния и безнадёжности. Как отмечает В.А. Подорога, важно научиться размышлять о собственном телесном опыте не с позиции нормативной установки, а с позиции нашей возможности быть в живом мире в качестве живого, обладающего телом и «духом» существа [6, с. 8].

Современные когнитивистские подходы, работая с посттравматическими симптомами и тревожными состояниями, подчёркивают важность когнитивных и перцептивных факторов в их возникновении. Психологическая травма рассматривается в данном случае как некоторая болезненная реакция на неблагоприятное жизненное событие, которая должна быть устранена, а не как переживание личности, которое имеет смысл для жизни человека в целом. С нашей точки зрения эффективная психологическая помощь людям, пострадавшим от травмы требует рассмотрения её в более широком экзистенциальном контексте, в связи с возможным развитием и изменением личности.

Согласно экзистенциальным подходам (человекоцентрированной терапии К. Роджерса, экзистенциальной терапии И. Ялома, логотерапии В. Франкла, процессуально-ориентированной психологии А. Миндели и Э. Миндели, экзистенциально-гуманистической психотерапии Дж. Бьюдженталя), помощь человеку с синдромом внутренней опустошённости и утратой смысла жизни («экзистенциальным вакуумом» по В. Франклу) заключается в попытке высвободить некое позитивное начало в нём, его творческий душевный и телесный потенциалы. Логотерапия В. Франкла, рассматривая стремление к смыслу, как базисный мотив человеческого поведения полагает, что психологическая травма обусловлена утратой человеком жизненно важных смыслов и ценностей. Психологическая травма неожиданна, беспричинна и потому воспринимается как бессмысленная, что трудно вынести. Это заставляет пострадавших искать какое-либо объяснение тому, что произошло, дабы травматическое страдание стало более осмысленным и благодаря этому легче переносимым [7]. Психологическая травма ставит человека перед необходимостью восполнения смысла, который не может быть дан извне, поскольку образуется на пересечении внутреннего в человеке (ответственность за выбор) и внешнего (жизненная ситуация определяет перед индивидом задачи, которые необходимо осмыслить). Экзистенциальный подход построен на

глобальном доверии к человеку, на том, что лучший ответ может дать только сам человек. Попытка ответить на вопрос: «Почему это случилось и для чего это нужно?» – это процесс поиска смысла личностью, процесс образования его духовной сферы.

В своей работе мы опирались, прежде всего, на экзистенциальное толкование опыта: «Какой смысл мне открывается? Как я существую?». Особое внимание уделялось неразрывности бытия человека с миром, развитию чувства нераздельности с другими. Травма рассматривалась не как отдельное событие, а как неизбежный жизненный факт, имеющий значение для всей жизни человека.

В процессе реабилитации раненых мы не руководствовались заранее заготовленными схемами, т.к. травма всегда затрагивает достаточно глубокие слои души и переживания личности. Наши действия, всецело зависели от контекста конкретной ситуации и от особенностей толкования пережитого опыта. Специфика ситуации выявляла необходимость предельной собранности психолога, умения поддерживать особый эмоционально-энергетический контакт в терапии с пострадавшими. Только в атмосфере доверия и эмпатии, когда клиент чувствует надёжность и защищённость своей духовной целостности, снимаются травматические защитные механизмы, отличающиеся высокой степенью сопротивляемости к изменениям, и становится возможным исцеляющее терапевтическое воздействие. Важную роль в процессе реабилитации играет умение психолога выявлять взаимосвязи между травмирующими факторами и поведенческими реакциями, а также способность к пониманию «внутреннего мира травмы» – мировоззренческих проблем, переживаний, защит и индивидуальных способов преодоления клиента.

Главными целями первого этапа работы с ранеными были:

1. Облегчение актуального болезненного состояния.
2. Эмоциональная поддержка и восстановление внутреннего равновесия пострадавших.
3. Активизация ресурсных переживаний – использование ресурсов воображения и эмоциональной памяти.
4. Перевод когнитивной оценки травмирующей ситуации из однозначно негативной, в которую человек попал по своему выбору (принятие вины на себя), в ситуацию экстремальную, из которой он может и должен извлечь определённые уроки.
5. Обретение нового знания себя, своего внутреннего потенциала (ресурсной составляющей опыта), необходимого для процесса выздоровления; принятие себя со всеми достоинствами и недостатками.
6. Восстановление позитивной жизненной перспективы, прояснение жизненных целей, формирование мотивации к достижению успеха в будущем.

Психотерапевтическая работа строилась на основе эмпатии, означающей глубокое проникновение в мир

пострадавших, резонированием с их состоянием, целями, личностными ценностями и смыслами. Очень важно в процессе психокоррекции раненых было сохранить собственную позицию, сочетая в ней сопереживание, экзистенциальное видение, стремление к пониманию. Всё это помогало в работе «удержать равновесие» между двумя опасными крайностями: жалостью и бездушной коррекцией. С нашей точки зрения, задача психолога, работающего с психологической травмой в рамках экзистенциального подхода, заключается в том, чтобы пробудить внутренние жизненные силы самого клиента и направить их на процесс изменения им своей жизни. Восстановление такой связи оказывается целительным и позволяет клиенту внести в свою жизнь необходимые коррективы, сделать её подлинной и целостной.

Кажется уместным вспомнить наследие В.В. Кандинского, который так сформулировал цель своей теории: «1) найти живое, 2) сделать его пульсацию ощутимой и 3) обнаружить в живом целесообразное. Таким образом собираются живые факты – как отдельные явления, так и их взаимосвязи. Извлечь из этого материала окончательные выводы... в высшем смысле синтетическая работа. Эта работа ведёт к откровениям во Внутреннем – насколько это может быть дано каждой эпохе» [4, с. 208].

В результате проведённого исследования сделаны следующие выводы:

1. Человек – целостное существо и представляет собой изначально и неразрывное единство души и тела. Нельзя отдельно рассматривать течение соматических и психических процессов, т.к. они неразделимы. Травма (физическая/психическая) всегда меняет условия развития человека, приводит к возникновению новой жизненной ситуации, представляющей собой совокупность внутренних (психических и органических) процессов и внешних средовых факторов (культурных и социальных ценностей, взаимоотношений с окружающими и т.п.).

2. Пережитая экстремальная ситуация, в зависимости от личностных особенностей, особенностей взаимодействия с другими людьми, последствий ситуации/характера травмы, эмоционально-мотивационной сферы, оказывает разное влияние на изменение психической сферы, характерологических особенностей и на динамику процесса реабилитации.

3. Неготовность принять телесные изменения на бессознательном уровне, значительное сужение реальности/жизненной ситуации, вследствие нарушения психической сферы (изменения восприятия, сенсорной бедности, негативного локуса телесных ощущений и пр.) непосредственно отражает невозможность индивида к адаптации в новой жизненной ситуации.

4. В случае, когда травма воспринимается, как значительная преграда на пути достижения жизненных целей, возрастает уровень реактивной тревожности, возникает ощущение безысходности (субъективное

ощущение «закрытости будущего»). Это парализует потенциальные возможности человека, порождает внутренний конфликт и препятствует процессу выздоровления. У респондентов, находящихся в состоянии страха и депрессии, выявлена несформированность ценностно-смысловой сферы.

5. Альтруистический и религиозный типы ориентации человека позитивно влияют на процесс выздоровления. Пережитая экстремальная ситуация воспринимается ими как испытание, что препятствует возникновению чувства отчаяния и безнадёжности. У данных людей отсутствуют конкурентные устремления, чётко выражено позитивное отношение к другим людям и доверие к жизни.

6. Для военнослужащих, со сформированной системой ценностно-смысловых ориентаций, характерны: низкий уровень реактивной тревожности, позитивное самопредставление и присутствие мотивации к достижению успеха в будущем, что свидетельствует об адаптивном выходе из экстремальной ситуации.

7. Экзистенциально-гуманистический подход позволяет понять телесные и психические особенности человека, помогает расширить границы его жизненной ситуации, развить чувство нераздельности с другими людьми и миром, перейти от соматических проявлений к осознанию значения ситуации, открытию и построению новых жизненных смыслов и перспектив, позволяет спрогнозировать, предупредить возможные нарушения и сохранить социальное здоровье личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристотель. Поэтика // Соч. В 4 т. М., 1984.
2. Васильева О.С., Правдина Л.Р. Возможности развития личности в экстремальной ситуации // Северо-Кавказский психологический вестник. Ростов-на-Дону: Изд-во РГУ, 2004. № 2.
3. Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Собр. Соч. В 6 т. Т. 3. – М., 1982.
4. Кандинский В.В. Точка и линия на плоскости. – СПб., 2004.
5. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера. М.: Компания ПАНИ, 1996.
6. Подорога В.А. Феноменология тела. М., 1995.
7. Франкл В. Поиск смысла жизни и психотерапия // Психология личности. Тексты. М., 1982.
8. Фуко М. Рождение клиники / пер. с франц. А.Ш. Тхостова. М., 1998.
9. Хайдеггер М. Вопрос о технике // Время и бытие / пер. В.В. Библихина. – М., 1993.
10. Хайдеггер М. Бытие и время. М., 1993.
11. Хелл Д. Ландшафт депрессии. М., 1999.
12. Levine P. Waking the Tiger: Healing Trauma. – Berkeley: North Atlantic books, 1997.
13. Levine P. Nature's lessons in healing Trauma. Foundation for Trauma Enrichment. – Lions, 1996.