

Раздел 2.6

Жизнеспособность профессионала

Экологический подход к анализу жизнеспособности профессионала в посттравматический период

Л. Г. Дикая (Москва)

Институт психологии РАН

В статье представлены результаты исследования профессионалов, в посттравматический период. На основе экологического подхода к анализу их жизнеспособности показано, что эргопатический тип внутренней картины болезни, связанный с активным, деятельностным отношением к жизни, уходом в работу, ощущением собственной полноценности и наличием смысла жизни соотносится с их индивидуальной и профессиональной жизнеспособностью. Апатический тип внутренней картины болезни снижает индивидуальную и профессиональную жизнеспособность профессионалов в посттравматический период. В свою очередь адаптивный стиль отношения к болезни, включающий эгоцентрический компонент, не может рассматриваться как проявление жизнеспособности профессионалов в посттравматический период, так как такая адаптация не позволяет им в результате выходить на более высокий уровень развития.

Ключевые слова: экологическое сознание, жизнеспособность, инвалид-спинальник, травма, переживание кризиса, внутренняя картина болезни, адаптация.

Неопределенность воздействия факторов риска в социальной, производственной средах, в семье, рост общей социальной напряженности в обществе и глобализация рисков обуславливают растущую потребность в ресурсах совладания с этими рисками. Влияния этих факторов определяют научный интерес к адаптивности, ресурсности, психологическому здоровью и как следствие – к жизнеспособности человека, которая стала предметом исследования от-

носителем недавно (Дикая, Махнач, 2001; Махнач, Дикая, 2016, 2017).

Жизнеспособность человека можно определить как психическое образование, проявляющееся в способности человека управлять собственными ресурсами: здоровьем, эмоциональной, мотивационно-волевой, когнитивной сферами, в условиях социальных, культурных норм и средовых влияний. Жизнеспособность – это способность человека к преодолению неблагоприятных жизненных обстоятельств и событий, не только к восстановлению, но и выходу на более высокий уровень развития, используя для этого все возможные внутренние и внешние ресурсы. Жизнеспособность – это способность к жизни во всех ее проявлениях, способность не только существовать, адаптироваться к условиям жизни, но и развиваться вопреки неблагоприятному внешнему влиянию (Махнач, 2016; Махнач, Дикая, 2018).

В последние десятилетия XX в. в психологии наметился отход от медицинской модели и обращение к исследованиям ресурсов, благополучия и жизнеспособности человека. Это направление пересекается по предмету исследования (здоровое функционирование индивида) и по объекту (индивид и его социальное окружение) с экологическим подходом в психологии. Например, в психологии здоровья предусматривается практика поддержания здоровья человека и исследования в этой области психологии не могут проводиться вне его экологии (Махнач, 2014, 2017).

Именно с позиции экологического подхода (Ecological approach), который в западной научной традиции чаще обозначается как экологическая психология (Ecological psychology), ориентированного на изучение поведения человека в реальных условиях, в реальном мире, мы провели исследование профессионалов, ставших инвалидами-спинальниками в результате случайной травмы. На основе анализа переживаний и отношения к инвалидности было показано многообразие внутренней картины болезни и описаны внешние и внутренние факторы социальной и профессиональной атрибуции инвалидов (Дикая, 2014а, б).

Согласно С.Д. Дерябо и В.А. Ясвину, предметом экологической психологии является экологическое сознание, рассматриваемое в социогенетическом, онтогенетическом и функциональном аспектах (Дерябо, Ясвин, 1996). Экологическое сознание обуславливает и детерминирует поведение и деятельность на основе рефлексии (познания своего знания, своих возможностей, идентификации вербального, мысленного и реального планов), управления и коррекции. И в этом мы видим точки пересечения экологической психологии

и изучения жизнеспособности человека, так, по мнению А. И. Лактионовой (Лактионова, 2017а, б, в), уровень развития жизнеспособности будет соотноситься со сформированностью ее компонентов в качестве которых автор выделяет, в частности, сознание как систему знаний о мире и о «себе в мире», проявляющееся в виде смысловых образований. Смысловые образования с ее точки зрения можно рассматривать в качестве «ключевого ресурса» жизнеспособности.

В работе В. И. Медведева и А. А. Алдашевой были представлены различные виды экологического сознания, процесс исторического развития, роль когнитивных процессов, конфликты, возникающие в нем. Авторами проведен анализ экологического поведения и общественных экологических движений, показано, что оно отвечает за реализацию программ взаимодействия человека с природной, искусственной и социальной средами. Ими выявлена роль экологического сознания как важного фактора в выборе стратегии и тактики адаптации к профессиональной деятельности (Медведев, Алдашева, 2001). Профессиональная адаптация рассматривается авторами не только как процесс приспособления и изменения человека в соответствии с внешними требованиями, но и как активный процесс творческого преобразования выполняемой деятельности, как процесс преобразования и ревизии субъективных ценностей. В силу этого возникает ряд специфических вопросов, связанных с особенностями восприятия человеком среды окружения, адаптации к ней, поведения в ней, сопровождающиеся когнитивными, эмоциональными, волевыми процессами.

В рамках экологического подхода в психологии как общего методологического направления возникло много различных моделей его реализации. Одной из наиболее известных является подход, который разрабатывал в США с конца 60-х годов XX в. Дж. Гибсон (в западной психологии есть даже тенденция отождествлять гибсоновскую модель с экологическим подходом в психологии вообще). С точки зрения Дж. Гибсона, человек реально живет не в «физическом», а в «экологическом мире». Экологический мир в его представлении — совокупность жизненно значимых связей субъекта со всем своим окружением; поскольку экологический мир субъекта зависит от характеристик самого субъекта, то они всегда взаимодополнительны и друг без друга немыслимы (Гибсон, 1975).

Именно с этих позиций становится возможным изучение социальных последствий травмы человека, приводящей к изменению экологической среды его жизнедеятельности. Вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности (необходимость в смене профессии, переход на инвалидность), превращение

в объект семейной опеки, затруднения в сексуальной сфере, изоляция от привычного социального окружения — все это в комплексе сильно изменяет внешнюю и внутреннюю экологическую среду человека, его экологическое сознание, в котором отражается личное отношение человека к экологической действительности — причастность, личная включенность, переживаемость того, что воспринимается объективно и реально. Такая комплицированность формирует основу для кризисного состояния человека, ставшего неожиданно инвалидом. Согласно отечественным теориям, кризисы имеют социальную природу и тесно связаны с социальной ситуацией развития (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн). Личность формируется в деятельности и развивается, осваивая новые области, предлагаемые социальной ситуацией. Когда социальная ситуация развития перестает соответствовать возможностям личности (либо личность «перерастает» ситуацию, либо, наоборот, условия становятся слишком сложными), наступает кризис. Поэтому инвалид, исключаясь из обычной экологической среды обитания, испытывает эмоциональный шок, а индивидуальное сознание инвалида теряет естественную связь с окружающей средой, и его жизнь становится непосредственно зависимой от внешних форм взаимодействия, а также субъективно скрытых подсознательных мыслей о невозможности реализации своего потенциала, своих возможностей, потребностей, способностей. Такие внезапные стрессовые и психотравмирующие события оказывают деструктивное влияние на направление развития и трансформацию личности.

В контексте нашего исследования наиболее интересной является модель американского психотерапевта Дж. Мошера (Moshier, 1995). Этапы переживания, выделенные Дж. Мошером, соотносятся с уровнями самореализации, что для нашего контингента, а именно профессионалов, потерявших работу, является очень актуальным. В отличие от других авторов, Дж. Мошер выделял четыре базовых переживания, каждому из которых соответствует свое психологическое содержание — тип внутреннего конфликта, позитивные и негативные аффекты и, главное, механизм перехода к следующему этапу. Эти переживания представляют собой этапы процесса внутренней интеграции, и автор предполагает, что, чем ближе человек к этому состоянию, тем быстрее и легче он проходит через данные этапы. В своей работе Дж. Мошер раскрыл механизмы перехода от одного уровня потребностей к другому. За уровнем личных достижений следует потребность в понимании смысла, творческой самореализации. Переход к переосмыслению и творчеству сопровождается глубинной трансформацией в ценностно-смыс-

ловой, мотивационной сферах личности, переоценкой ценностей, формированием нового мировоззрения. При этом качественный, полный переход на новый уровень самореализации возможен лишь в случае усвоения психологического содержания предыдущего этапа. И в первую очередь, переход на новый уровень самореализации отражается в изменении внутренней экологической среды человека, в психических переживаниях травмы и проявляется в измененных эмоциональных состояниях.

Мы предположили, что *специфика этих изменений обусловлена отношением индивида к травме: принятием или непринятием роли больного, отрицанием болезни, уходом в болезнь, поиском выхода и т. п.* Это отношение определяет дальнейшую динамику переживаний, эмоциональных состояний и направление самореализации. В связи с этим экологическая среда, способствующая самореализации, может значительно различаться. Как писал Дж. Мошер, переход от потребностей базового витального уровня к личностной реализации в социуме возможен, благодаря механизмам инкорпорации и континуальности — освоению различных социальных ролей. Когда определен социальный статус достигнут, освоена система межличностных коммуникаций, возможен переход к этапу индивидуальной личной самореализации в новой экологической среде.

Мы попытались проследить, какие механизмы и факторы определяют трансформацию психических переживаний и кризисных состояний человека после перенесенного адаптационного шока — потери жизненных перспектив, когда человек в результате случайной травмы в короткое время осознает себя инвалидом (большим-спинальником), но который до травмы был активным субъектом в жизни и профессии (Торчинская, 2001). Это определило выборку исследования, методы и программу исследования.

Выборка

Исследование проводилось на базе спинального отделения НИИ им. В. М. Бехтерева*. В качестве субъекта были выбраны больные — взрослые люди, получившие перелом позвоночника и повреждение спинного мозга, ставшие инвалидами первой группы. В большинстве случаев они пострадали в автокатастрофах. Травма позвоночника сопровождалась повреждением спинного мозга (полный и неполный разрыв, ушиб, контузия, компрессия костными отломками

* Выражаем глубокую благодарность Е. Е. Торчинской, при участии которой были собраны материалы исследования.

или гематомой). Последствия травмы проявлялись в потере движения в различной степени, иногда, хроническим болевым синдромом. Шансы на восстановление двигательных функций у этих больных были неопределенными. Объем выборки составил 50 чел.: 27 мужчин и 23 женщины в возрасте от 20 до 50 лет. Из них 45% получило травму в результате ДТП, 32% при падении с высоты, 11% при нырянии, 12% – прочие несчастные случаи. Срок травмы варьировался от 5 месяцев до 26 лет. Так, 18% испытуемых получили травму шейного отдела позвоночника и впоследствии тетраплегию (полную бездвиженность), 82% – перелом нижних отделов позвоночника и параплегию (обездвиженность в ногах). Из них 38% испытуемых имели высшее образование, 62% – среднее, у 52% был постоянный партнер. После травмы 74% инвалидов не имели работы и только 13% самостоятельно зарабатывали себе на жизнь. Дополнительно в исследовании приняло участие 20 здоровых испытуемых (10 мужчин и 10 женщин в возрасте от 20 до 40 лет), что позволило проанализировать их способы совладания с травматическим опытом жизни, с одной стороны, и выделить специфику «психологии спинальной травмы». На примере данного контингента испытуемых представилась возможность проследить проявления всех трех уровней воздействия депривации от симптомов стресса, переживаний кризиса до глубокой ценностной трансформации личности.

Процедура

С испытуемыми проводилась клиническая беседа по поводу отношения инвалидов-спинальников к физической и психологической травме и роли психотравмирующих обстоятельств в жизни здоровых испытуемых. Метод клинической беседы представляет собой структурированное интервью, направленное на выяснение особенностей психологического состояния, свойств личности и ее социального функционирования в преморбиде и в настоящий момент. Метод позволяет раскрыть содержание системы отношений личности, а также предполагает более прочный эмоциональный контакт, ослабление защитных механизмов, а следовательно, более конструктивный тесный контакт с собеседником. В данном исследовании особое внимание уделялось отношению испытуемых к болезни, к себе и своему телу, окружающим, деятельности, будущему. В процессе клинической беседы использовались элементы методики «Линия жизни», с целью выделения главного кризисного переживания и отношения к нему. Выяснение эмоционального отношения, когнитивного восприятия (переосмысления) ситуации, изменения поведения

(регуляция) в результате травматического события, позволило определить стадии совладания и их основное содержание.

Далее участникам исследования предлагалось заполнить различные тестовые методики. В завершении каждый участник проходил от 1 до 5 сеансов кататимного переживания образов (для представления использовались базовые мотивы, позволяющие произвести диагностику). Были использованы следующие методы: тест на определение уровня соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах (УСЦД), опросник влияния травмы (ОВТ); тест отношения к болезни (ТОБОЛ), метод цветовых выборов (МЦВ), Кататимное переживание образов (КПО)

Обсуждение результатов

Спинальная травма отражается на жизнедеятельности человека, кардинально изменяя ее на длительное время или навсегда (переход на инвалидность). Болезнь становится частью жизни и требует к себе особого внимания. В результате у индивида формируется особый тип отношения «личность—болезнь» или внутренняя картина болезни (ВКБ). На основе проведенного факторного анализа характеристик самовосприятия индивида, его чувств, восприятия болезни и лечения, оценки и жизненных перспектив болезни было выделено три типа отношений к внутренней картине болезни.

В первый тип отношения к ВКБ вошло сочетание эгоцентрической, параноидной, анозогнозической, эйфорической и гармонической составляющих отношения пациентов к заболеванию с положительным знаком и сензитивное и апатическое восприятие с отрицательным знаком.

Центральной темой отношения к инвалидности является направленность индивида на сохранение целостности собственной личности. В результате исследования был выделен ряд способов поддержания интегрированности: *целостность, псевдоцелостность, дезинтеграция*. Мы рассмотрели их содержание в трех аспектах: самовосприятия индивида, его чувства и отношение к телу; восприятие болезни и лечения; жизненные перспективы.

Целостность поддерживается благодаря адаптивному отношению к болезни и предполагает сохранность и устойчивость ценностно-смысловой сферы.

- Пациенты позитивно относятся к самим себе.
- У них выше ответственность за построение межличностных отношений с партнерами;

- Они «принимают» свое тело, поддерживают психологический и эмоциональный контакт с его обездвиженными, бесчувственными частями;
- Эйфоричность и анозогнозические реакции проявляются в виде некоторого обесценивания болезни, приуменьшения ее тяжести;
- Пациенты стараются обращать внимание на позитивные аспекты жизни и своего состояния, стремятся к активному социальному функционированию. Они отстраняются от заболевания, под девизом «я — обычный здоровый человек»;
- Пациенты ориентированы на будущее и представляют его в светлых тонах, реалистичны и позитивны.

«*Псевдоцелостность*» формируется на основе построения прочных сверхценных идей относительно заболевания и собственной личности. Внутренняя интеграция личности поддерживается за счет эгоцентрического сосредоточения индивида на своем «Я»:

- Низкой критичности по отношению к себе и своим действиям;
- Другие люди воспринимаются либо как конкуренты за внимание к себе, отношение к ним настороженное, либо как средства для повышения самооценки и подтверждения собственной значимости;
- По отношению к болезни наблюдаются эгоцентрические и параноидные тенденции. Подозрительность и внешне-обвинительная позиция помогают сохранять эго от разрушительных последствий психотравмирующей ситуации;
- Присутствует постоянное желание показать свою исключительность в отношении к болезни и завладеть вниманием окружающих (эгоцентрический истерический радикал в 48% случаев);
- Характерным является поиск «выгод» в связи с болезнью;
- Болезнь становится средством, которое помогает человеку позиционировать себя, занять и удерживать определенное место в сообществе;
- Отношение к будущему неоправданно.

Невозможность сохранить целостность своего «Я» выражается во внутриличностной дезинтеграции, переживании внутренней пустоты, чувстве неполноценности в связи с заболеванием:

- Пациенты испытывают безразличие к своей судьбе, лечению и исходу болезни. За таким обесцениванием, как правило, скрывается чрезмерная ранимость, опасение вступать в отношения, страх произвести неблагоприятное впечатление на окружающих;

- Пациенты акцентируют внимание на ухудшении своих способностей и личностных качеств после травмы. Они негативно относятся к своему телу, воспринимают его «разрушенным»;
- Жизненные перспективы воспринимаются индифферентно или в мрачных тонах;
- Неспособность интегрировать негативные эмоциональные переживания, чувство разочарования компенсируются за счет рационализации и интеллектуализации, обращения к познавательным ценностям.

Таким образом, целостность Я сохраняется:

- а) в конструктивном варианте — за счет эмоционального отстранения от недуга благодаря принятию себя и своего тела, стремлению к активному функционированию;
- б) в деструктивном — в связи с образованием сверхценных идей и эгоцентрических установок;
- в) в дезинтеграции, характеризующейся пессимизмом, ощущением психологического и физического распада.

Второй тип отношения к ВКБ. К этому типу относятся меланхолическое, сенситивное, ипохондрическое, тревожно-депрессивное, обсессивное и неврастеническое отношение к болезни с положительным знаком и апатическое восприятие — с отрицательным знаком.

- Отражает особенности эмоционального переживания травматического события и проявляется через формирование дисфункциональной психосоматической системы коммуникаций.
- Психогенная дезорганизация в основном наблюдается по отношению к настроению, самочувствию и отношениям с окружающими и имеет два способа выражения эмоций. В отдельных случаях наблюдается аутоагрессивная форма коммуникаций.
- В эмоциональной сфере наблюдается повышенная тревожность, депрессивность, поведение по типу «раздражительной слабости». Психическая активность снижена (39% случаев).
- В целом наблюдается удрученность болезнью, пессимистический взгляд на жизнь.

На противоположном полюсе данного фактора находится апатия. Апатия выражается:

- В отрицании каких-либо ощущений и переживаний;
- В утрате смысла происходящего, чувстве равнодушия ко всему, уходе от общения из-за утраты интереса к людям;
- В поведении наблюдается вялость, пассивность;

- По отношению к болезни и лечению также выражено полное безразличие;
- Больной находится в контакте с самим собой, но «отрезает» контакты с окружающими. Общение истощает его, заставляет быть активным. Активность разрушает то ясное понимание мира, и, как ни странно, ощущение внутренней гармонии, которая формируется у апатичного человека.

Апатия является одной из крайних форм выражения депрессии. Данные способы выражения эмоционального переживания, выявленные в ходе исследования, относятся к дезадаптивным. Они выявляют существование депрессивного компонента в состоянии.

Третий тип отношения инвалидов к ВКБ отражает как основное направление на профессиональную самореализацию индивида. В него вошли эргопатическое, эйфорическое, гармоническое, параноидное отношение к болезни с положительным знаком и эгоцентрическое, тревожно-депрессивное, обсессивное и дисфорическое – с отрицательным. На положительном полюсе находится эргопатическое отношение к болезни, когда индивиды в большей степени удовлетворены состоянием своего здоровья. Данный тип внутренней картины болезни является стеническим и связан с «уходом в работу».

- Характерно избирательное отношение к лечению, поскольку болезнь мешает привычному ритму деятельности.
- Считают, что в результате болезни семейные отношения стали более сплоченными, удовлетворены сексуальными взаимоотношениями.
- У них преобладает позитивный настрой в отношении будущего.
- Они принимают себя, ощущают собственную полноценность и видят смысл в своей жизни и в происшедшей травме.
- Пациенты реалистично воспринимают свое заболевание, стремятся облегчить близким тяготы ухода.
- Происходит переключение интересов на те области жизни, которые доступны больному, сосредоточение внимания на своих делах.
- Болезнь может восприниматься как препятствие на пути к достижению целей, как своеобразная проверка собственной системы ценностей на прочность.

Направленность на деятельность является наиболее благоприятным фактором при формировании адаптации к болезни и последствиям травмы.

Как показывают исследования (Медведев, Алдашева, 2001; Николаева, 1987), успешной адаптации больных способствуют *положительная трудовая установка, высокий исходный профессиональный уровень, а также высокий уровень активности, самостоятельности, направленности личности на преодоление болезни.*

Эргопатическая направленность в отношении болезни свойственна пациентам с низкими показателями рассогласования в мотивационно-личностной сфере, апатичность — с высокими.

Пациенты, у которых эргопатическое отношение к болезни не выражено:

- Склонны воспринимать свою болезнь с неврастенических, тревожно-депрессивных позиций, обвинять в своих бедах окружающих.
- Они занимают иждивенческую позицию, склонны к деспотическим отношениям с близкими людьми, агрессивны, требуют, чтобы им угождали; пациенты в высокой степени фиксированы на себе, эгоцентричны; сверхзначимым для них является ощущение внутренней уверенности в собственной правоте.
- Они не удовлетворены состоянием своего здоровья, ощущают себя недостаточно полноценными.

Перспектива будущего и личностный потенциал:

- Смысл этого будущего представляется им в мрачных тонах.
- У них доминирует гневливое, озлобленное настроение.
- По отношению к творческой самореализации в большинстве случаев наблюдается внутренний вакуум.

Творчество не всегда придает смысл жизни и деятельности работающих спинальников, иногда оно разочаровывает, в других случаях просто не актуально для личности, хотя возможность для творческой самореализации существует. Для их актуального состояния свойственно усиление волевого контроля и саморегуляции, характерно стремление к независимости, самостоятельности, достижению целей. В случае отсутствия работы на первый план выходят ценности межличностных взаимоотношений, дружбы, а также свободы в поступках и действиях. Повышается ответственность за отношения с людьми.

Таким образом, можно выделить две стратегии самореализации и адаптации в связи с наличием/отсутствием работы:

- через творческое самовыражение (если работа есть);
- через общение, которое, по всей видимости, компенсирует отсутствие какой-либо профессиональной деятельности.

Можно сказать, что наивысшей формой адаптационного поведения человека, его ценностно-смысловой базой в настоящее время становится самореализация как механизм и цель субъектной активности.

Трансформация внутренней картины болезни в зависимости от срока травмы

С течением времени у пациентов изменяется отношение к травме, трансформируется внутренняя картина болезни. Срок травмы положительно коррелирует с направленностью на будущее, ощущением собственной полноценности, гармонизацией сексуальных отношений.

При сроке травмы до 1,5 лет острее переживается внутренний конфликт по отношению к своему здоровью. Доступность активности оценивается как низкая. По сравнению с остальными группами, ими острее ощущается собственная неполноценность, труднее понять смысл происшедшего.

Для пациентов в посттравматическом периоде 1,5–6 лет характерны следующие особенности: ощущение большей полноценности, активности, осмысленность жизни. На данном этапе ярче проявляется второй тип отношения к болезни. Наибольшей ценностью для них обладает свобода в поступках и действиях. При этом во внутренней картине болезни в большей степени, по сравнению с ранним и поздним периодами, проявляются сенситивные черты — страх показаться неполноценным в глазах окружающих. На первый план выходят межличностные отношения.

На поздних сроках травмы наиболее ярко проявляются черты третьего типа отношения к болезни, на первый план выходят эргопатическое (при ощущении внутренней целостности) или апатическое (при ощущении внутренней дисгармонии) реагирование. В первом случае пациентам свойственно практически одержимое отношение к работе. При апатическом реагировании больные испытывают полное безразличие к своей судьбе, пассивно подчиняются процедурам и лечению.

Таким образом, в нашем исследовании с участием Е. Е. Торчинской было выявлено, что с течением времени с момента травмы ценностно-смысловая сфера трансформируется: на ранних сроках доминируют переживания, связанные с физическими ограничениями, на средних — актуализируется потребность в принадлежности к социуму, на поздних — преобладают духовные ценности. В зависимости от срока травмы эмоционально-когнитивный механизм совладания со стрессом изменяется, при этом ведущими в процессе

адаптации к условиям хронического стресса являются перестройки в ценностно-смысловой структуре личности, характер которых и определяет успешность адаптационной стратегии. Исследование подтвердило гипотезу, что депривация базовых потребностей личности не блокирует возможности для самоактуализации, как предполагали представители гуманистического направления. Она может иметь как негативные, так и позитивные последствия для личности, открывая новые возможности развития.

Выводы

1. Экологический подход к анализу жизнеспособности профессионала в посттравматический период, показал, что эргопатический тип ВКБ, связанный с активным, деятельностным отношением к жизни, уходом в работу, ощущением собственной полноценности и наличием смысла жизни у инвалидов-спинальников соотносится с их индивидуальной и профессиональной жизнеспособностью.
2. Апатический тип ВКБ снижает индивидуальную и профессиональную жизнеспособность спинальников в посттравматический период.
3. Адаптивный стиль отношения к болезни включает, кроме гармонической, анозогностической и эргопатической составляющих, эгоцентрический компонент, позволяющий пациентам сохранять целостность личностного ядра и добиваться для себя особых выгод в своеобразных условиях нашей социальной действительности. Но, тем не менее, мы не можем отнести такой стиль отношения к ВКБ как проявление жизнеспособности профессионалов в посттравматический период, так как такая адаптация не позволяет им в результате выходить на более высокий уровень развития.
4. Исследование подтверждает гипотезу о том, что смысловые образования можно рассматривать в качестве «ключевого ресурса» жизнеспособности. Инвалидность имеет высокую связь с психологическими установками индивида как в своей этиологии, так и в характере протекания. Она может быть рассмотрена как результат неоптимальной стратегии самореализации либо метаневроз — нереализованность потребности в самоактуализации (по А. Маслоу). В то же время болезнь может стать кризисным, поворотным событием в жизни человека, привести к пересмотру жизненных ценностей и формированию новых смыслов и новой стратегии самореализации.

5. У инвалидов с выраженным конструктивным типом адаптации наблюдался экопсихологический инсайт, который обуславливает инициацию экологического сознания – приобщение человека к области экологических ценностей, побуждение к познанию среды своего существования, к появлению экологического мышления, экоатрибутивного образа жизни.
6. С течением времени с момента травмы ценностно-смысловая сфера трансформируется:
 - на ранних сроках доминируют переживания, связанные с физическими ограничениями, наблюдается преобладание сензитивного типа ВКБ, острее переживается внутренний конфликт по отношению к здоровью;
 - на средних – актуализируется потребность в принадлежности к социуму;
 - на поздних – преобладают духовные ценности.
7. С возрастанием срока в зависимости от того, найден или нет новый смысл существования после травмы, на первый план выходят эргопатический (при высокой диссоциации мотивационно-личностной сферы) и апатический (при низкой диссоциации) типы ВКБ.

Литература

- Гибсон Дж.* Восприятие как функция стимуляции // Хрестоматия по ошущению и восприятию / Ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, М. Б. Михайлевская. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1975. С. 152–171.
- Дерябо С. Д., Ясвин В. А.* Экологическая педагогика и психология. Ростов-н/Д.: Феникс, 1996.
- Дикая Л. Г.* Социальная и личностная значимость профессиональной самореализации профессионалов, ставших инвалидами в результате травмы // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. 2014а. № 4. С. 134–141.
- Дикая Л. Г.* Социальная и личностная значимость профессиональной самореализации инвалидов // Психология труда и управления в современной России: организация, руководство и предпринимательство: Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 20-летию факультета психологии и социальной работы. 2014б. С. 327–332.
- Дикая Л. Г., Махнач А. В.* Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы их формирования // Психоло-

- логия социальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. Н. В. Гришина. СПб.: Питер, 2001. С. 334–354.
- Лактионова А. И.* Взаимосвязь смысловых образований и рефлексивности с жизнеспособностью человека // Психологический журнал. 2017а. Т. 38. № 5. С. 37–50.
- Лактионова А. И.* Структурно-уровневый анализ феномена жизнеспособности человека // Институт психологии Российской академии наук. Организационная психология и психология труда. 2017б. Т. 2. № 4. С. 106–133.
- Лактионова А. И.* Жизнеспособность и социальная адаптация подростков. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017 в.
- Махнач А. В.* Социокультурный экологический подход в исследовании жизнеспособности человека и семьи // Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке. 2014. № 3 (43). С. 67–75.
- Махнач А. В.* Исследования жизнеспособности человека: основные подходы и модели // Жизнеспособность человека: индивидуальные, профессиональные и социальные аспекты / Отв. ред. А. В. Махнач, Л. Г. Дикая. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 46–70.
- Махнач А. В.* Экологический подход к изучению жизнеспособности человека и семьи // Год экологии в России: педагогика и психология в интересах устойчивого развития: сборник статей научно-практической конференции (4–5 декабря 2017 г., Москва) / Сост. М. О. Мдивани, В. И. Панов, Ю. Г. Панюкова. М.: Перо, 2017. С. 349–354.
- Махнач А. В., Дикая Л. Г.* Междисциплинарные и межсистемные исследования жизнеспособности человека: состояние и перспективы (вместо введения) // Жизнеспособность человека: индивидуальные, профессиональные и социальные аспекты / Отв. ред. А. В. Махнач, Л. Г. Дикая. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 7–28.
- Махнач А. В., Дикая Л. Г.* Актуальность изучения жизнеспособности: человека, семьи, общества // Фундаментальные и прикладные исследования современной психологии: результаты и перспективы развития / Отв. ред. А. Л. Журавлев, В. А. Кольцова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. С. 2460–2467.
- Махнач А. В., Дикая Л. Г.* Мировоззренческая направленность как компонент жизнеспособности человека в социоэкономических профессиях // Институт психологии Российской академии наук. Организационная психология и психология труда. 2018. Т. 3. № 1. С. 62–91.
- Медведев В. И., Алдашева А. А.* Экологическое сознание. М.: Логос, 2001.

- Николаева В. В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.
- Торчинская Е. Е.* Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу у спинальных больных // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 2. С. 27–35.
- Mosher J.* The healing circle: Myth, ritual and therapy. Seattle: Blue Sky Counselors, 1995.

Ecological approach to the analysis of the professional' resilience in the post-traumatic period

L. G. Dikaya (Moscow)

Institute of Psychology of RAS

The article presents the results of the professionals' study in their post-traumatic period. On the basis of the ecological approach to the analysis of resilience, it is shown that the ergopathic type of the internal picture of the disease, associated with an active, activity-related attitude to the life, going deeper to work, a sense of own usefulness and the sense of life which is correlated with their individual and professional resilience. Apathic type of internal picture of the disease reduces the individual and professional resilience in the post-traumatic period. The adaptive attitude toward the disease, including the egocentric component, cannot be considered as a manifestation of professionals' resilience in the post-traumatic period, since such adaptation does not allow them to enter to a higher level of professional development.

Keywords: ecological consciousness, resilience, spinal patient, trauma, crisis experience, internal picture of the disease, adaptation.