

УДК 616-092.11; 613.861

К. А. Винокурова

Новосибирский государственный университет
ул. Пирогова, 2, Новосибирск, 630090, Россия
E-mail: kamilla.vin@gmail.com

ВЛИЯНИЕ КРИЗИСНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ (ХРОНИЧЕСКИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ) НА ДИНАМИКУ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫХ И МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКИХ СТРУКТУР ЛИЧНОСТИ

Исследуется проблема адаптации и реабилитации хронических соматических больных как главной целевой группы клинико-психологической и психосоматической интервенции. Дан анализ феноменологии здоровья и болезни, а также понятия психосоматической адаптации в контексте медицинского и духовно-экологического дискурсов. Хронические соматические заболевания рассматриваются как личностные кризисные переживания, которые способствуют конструктивной трансформации ценностно-смысловой и мировоззренческой сферы личности и формированию адаптивных жизненных стратегий.

Ключевые слова: хронические соматические заболевания, феноменология здоровья и болезни, медицинский и духовно-экологический подход, стратегии преодоления кризисных жизненных состояний, деятельностный подход, экзистенциальная терапия соматических нарушений, психосоматическая адаптация и реабилитация, ценностно-смысловые и мировоззренческие структуры личности.

Стоило довести свое тело до столь плачевного состояния, чтобы, наконец, узнать сокрушительную силу своего духа.

М. Фрай

Здоровье – один из феноменов, наиболее остро определяющих специфику современного состояния общества¹. В наше время вследствие острой социально-экономической и мировоззренческой нестабильности проблема сохранения и укрепления здоровья приобретает особую актуальность. Необходимость быстро приспосабливаться к продуктам научно-технического прогресса и перерабатывать большое количество противоречивой информации в короткие сроки, жизнь в условиях неопределенности – все это способствует возникновению и накоплению постоянного психического напряжения, что неизбежно отражается на состоянии всех функциональных систем организма, приводя к росту хронических

соматических заболеваний не только у взрослых, но и у детей.

Хронические соматические болезни составляют главную целевую группу для комплексной психологической и психосоматической реабилитации. Существует множество хронических соматических заболеваний², с разной этиологией, патогенезом, симптоматикой и прогнозом, однако все они характеризуются продолжительным течением болезни, при котором полное излечение чаще всего невозможно [Середина, Шкуренко, 2003]. Вместе с тем с высокой скоростью совершенствуются и развиваются медицинские технологии, вследствие чего пациенты с серьезными диагнозами имеют возможность сохранять работоспособность

¹ Мир психологии. 2000. № 1 (21). С. 3.

² Соматические болезни – внутренние болезни, при которых патологические изменения обнаруживают органы и системы человеческого тела [Середина, Шкуренко, 2003. С. 291].

и продолжать профессиональную деятельность. Однако в условиях постоянной физической боли нелегко поддерживать качество жизни на высоком уровне. Вместе со здоровьем человек теряет прежние возможности самореализации, что порождает чувство беспомощности и тревоги. В случаях, когда депривация необходимых потребностей носит постоянный характер, пациент помимо физической и социальной адаптации должен научиться жить гармоничной полноценной жизнью и развиваться личностно. Это ставит перед специалистами ряд новых проблем и задач в процессе разработки программ первичной и вторичной психореабилитации хронических больных. При этом все большую актуальность в комплексной терапии многих соматических заболеваний приобретают методы клинико-психологической интервенции.

Безусловно, хронические соматические болезни сложны для клинико-психологического исследования. Технические трудности возникают на этапе психодиагностики в условиях стационара: отсутствие специального кабинета для психологического обследования, зависимость консультаций от распорядка дня и наличия медицинских процедур у больного. Личность пациента меняется в течение долгих лет болезни, что вызывает дополнительные сложности при анализе и сопоставлении результатов наблюдения. Отдельной проблемой является то, что как врачи узких специальностей, так и психологи, работающие в медицинской сфере, почти всегда исследуют пациента в рамках одной конкретной группы заболеваний. Однако при более подробном и внимательном изучении специфических типов личности и конфликтных ситуаций часто оказывается, что они во многом сходны с показателями, полученными при других заболеваниях [Клиническая психология, 2006].

Кроме того, сложности психотерапии хронических соматических больных объясняются также недостаточной теоретико-методологической проработкой данной проблемы и в связи с этим – дефицитом специальной литературы. На теоретическом уровне медицинских, психологических и социальных знаний до сих пор не сложилось единого понимания здоровья по причине сложности и многофакторности изучаемого феномена. Несмотря на наличие большого количества психосоматических и гумани-

стических теорий и фактических доказательств прямой зависимости соматического здоровья от образа жизни, мировоззрения и душевных переживаний личности, в современной психотерапии и медицине все еще прослеживаются дуалистические тенденции противопоставления духовного и телесного, долгое время подпитываемые сложившимися культурно-историческими традициями. Ситуация усугубляется тем, что все научные области, исследующие здоровье человека, работают обособленно друг от друга, опираясь на разные, зачастую противоположные друг другу теоретико-методологические парадигмы. Это приводит к противоречивым взглядам относительно характера воздействия соматических заболеваний на личностные особенности пациента и понятийной неопределенности в отношении *адаптации к болезни*.

Настоящая статья является попыткой рассмотреть хронические соматические заболевания с точки зрения их благоприятного влияния на структуру личности человека – как кризисные переживания, которые способствуют конструктивной трансформации мировоззренческой и ценностно-смысловой сферы и формированию адаптивных жизненных стратегий.

Кризисными переживаниями Ф. Е. Василюк называет критические ситуации невозможности, когда индивид по каким-то причинам ограничен в реализации внутренних потребностей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей) и чувство стабильности бытия оказывается под угрозой [1984]. К ним относятся душевные страдания и проблемы личностной самореализации, и хронические соматические заболевания, когда человек длительное время вынужден находиться в условиях ограниченной телесной сферы, и тяжелые заболевания с высокой вероятностью инвалидности или летального исхода.

Теоретико-методологическую базу статьи составляют: взгляды экзистенциальных и гуманистических психологов, философов (В. Франкла, Д. А. Леонтьева, А. Лэнгле, Р. Мэя, К. Дюркхайма) о нравственных основаниях и экзистенциальном значении всех кризисных ситуаций; концепция Ф. Е. Василюка о деятельностном переживании ограниченных жизненных условий и онтологический подход психологии телесности к клинико-психологическим проблемам.

Философ В. М. Розин в статье «Здоровье как философская и социально-психологическая проблема» указывает на то, что здоровье человека в наше время измеряется в двух дискурсах: *медицинском (естественно-научном)* и *духовно-экологическом* [2000. С. 28].

В естественно-научной среде слово «здоровье» обычно означает отсутствие болезни. Согласно общепринятому определению Устава ВОЗ³, здоровье – это «не отсутствие болезни как таковой или физического недостатка, а состояние хорошего общего физического, умственного и социального самочувствия». Однако это определение, хотя и широко используется, как в медицине, так и в психологии, не может быть взято за эталон, поскольку вызывает много спорных вопросов. Так, например:

- всегда ли хорошее физическое состояние подразумевает хорошее социальное самочувствие?

- обязательно ли ограниченные физические возможности являются препятствием к достижению социального и личностного благополучия?

- всегда ли хорошее социальное и физическое самочувствие является показателем душевного и духовного личностного благополучия?

- можем ли мы считать здоровым того, кто ведет безнравственный и бесцельный образ жизни?

- всегда ли на пользу человеку быстрое избавление от страданий?

В рамках первого дискурса хронические соматические заболевания рассматриваются как психофизиологические нарушения, препятствующие полноценной жизни пациента, а пациент является пассивным объектом, физиологическим механизмом, на который направлено медицинское воздействие. Болезнь трактуется, главным образом, как *хронический макрострессор* [Перре, Бауман, 2002], физиологическая и психологическая травма, которая ощутимо меняет устоявшийся образ жизни человека, ограничивает сферу его деятельности и возможностей, приводя к психастенической дезадаптации, нарушениям социального функционирования и деструктивным личностным изменениям.

Суть патогенного воздействия хронического заболевания на личность заключается в определенных изменениях в эмоциональной, интеллектуальной и волевой сферах, связанных с осознанием, переживанием и отношением к болезни, которые впоследствии распространяются на другие области жизни. Изменения затрагивают и потребностно-мотивационную сферу, в результате чего происходит перестройка иерархии мотивов по типу переподчинения их новому смыслообразующему мотиву – сохранению жизни и восстановлению здоровья [Менделевич, 2001].

Психотерапевтический и реабилитационный процесс таких больных направлен на снижение и устранение видимой психопатологической симптоматики и общую адаптацию к своему состоянию и жизни в социуме. Методы психотерапии в данном случае ограничиваются уменьшением болевого синдрома комплексным воздействием психотерапевтических и медикаментозных средств, снижением психоэмоционального напряжения, снятием невротической и ипохондрической симптоматики, повышением уровня стрессоустойчивости и работоспособности.

Под конструктивной адаптацией в традиционном клинико-психологическом понимании подразумевается, главным образом, психофизиологическое приспособление к болезни, ее симптомам, медицинским процедурам, больничной среде и развитие фрустрационной толерантности⁴ соматических больных к своему состоянию [Середина, Шкуренко, 2003].

Среди форм психологического воздействия, помогающих противостоять влиянию хронических стрессоров, в современной психотерапии и психопрофилактике широко распространены суггестивные методы (гипнотерапия, внушение и самовнушение), когнитивно-поведенческая и психоаналитическая психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия: психорелаксационные

⁴ Фрустрационная толерантность – способность индивида адекватно переносить стрессовую ситуацию, выработка устойчивых форм эмоционального реагирования на жизненные трудности, свойство личности противостоять разного рода жизненным трудностям без утраты своей психологической адаптации. В основе ее лежит способность человека адекватно оценивать реальную ситуацию, с одной стороны, и возможность предвидения выхода из ситуации – с другой [Клиническая психология, 2007].

³ От 22 июля 1946 г.

техники, методы биологически обратной связи (БОС) и пр.

Применяемые методы, безусловно, приносят временное субъективное облегчение и улучшение соматического здоровья, однако в большинстве своем несут приспособительный характер и поверхностно воздействуют на личность пациента, препятствуя осмыслению глубинных психологических проблем, лежащих в основе появления и развития заболевания. В результате пациент лишь частично подвергает переосмыслению свою жизнь. Как только острый период болезни проходит, он возвращается к своему прежнему состоянию.

Подобный подход к пониманию болезни и здоровья более прост и распространен, так как позволяет вырабатывать единые терапевтические стратегии. Тем не менее многие современные ученые приходят к единому мнению, что укоренившиеся и привычные для нас представления о соматической патологии не отражают целостной картины феноменологии здоровья, затрагивая лишь отдельные аспекты проблемы. Умаление морально-нравственного значения болезни не только врачами, но и представителями гуманистических профессий неизбежно порождает большое количество этических проблем и психотерапевтических ошибок. И отечественные, и зарубежные ученые подчеркивают малоэффективность современного психотерапевтического, в частности, психоаналитического воздействия на соматических и психосоматических пациентов [Клиническая психология, 2006].

С точки зрения *духовно-экологического дискурса*, предполагающего целостный подход к изучению человека, каждая проблема личности, любое страдание, в том числе соматическое заболевание, имеет нравственную основу. Само по себе тело не может являться объектом клинико-психологического исследования, и, только наполняясь психическим и духовным содержанием, оно способно проявлять себя в совокупности психофизиологических ощущений. Болезнь свидетельствует о нарушении гармонии в системном единстве душевной, духовной и телесной сфер, поэтому излечение надо связывать не с действием лекарств, а с правильной духовной жизнью и нравственным самосовершенствованием [Розин, 2000]. Доминирующей в иерархии личности является духовная и мировоззренческая сфера,

изменения в которой находят отражение в душевном и телесном пространстве индивида.

По литературным данным, хронические заболевания воздействуют на человека на трех уровнях: на *уровне психофизиологических реакций, социального функционирования и на уровне глубинных личностных изменений* [Торчинская, 2001]. Первые два уровня, через которые в той или иной степени проходят все соматические больные, характеризуются формированием специфического для каждого заболевания симптомокомплекса и сменой социальной ситуации развития в связи с депривацией какой-либо значимой части жизни. Однако, с точки зрения духовно-экологического дискурса, конструктивные стратегии преодоления заболевания как *личностного кризисного переживания* возможны только на уровне *личностных изменений* – на онтологическом уровне организации человека, затрагивающем его ценностно-смысловую и мировоззренческую сферу, при активизации духовного потенциала личности.

Как известно, в процессе адаптации к хроническому соматическому заболеванию у пациента формируется внутренняя картина болезни (ВКБ)⁵, отражающая субъективное отношение индивида к своему состоянию на разных уровнях: *чувственном* (уровень ощущений), *эмоциональном, интеллектуальном* (рациональном) и *мотивационном* (волевом) [Николаева, Арина, 2003]. Саногенный или патогенный характер ВКБ также определяют такие факторы, как степень тяжести и темп развития заболевания, личностные особенности больного, его социальное окружение и материальные возможности.

Если рассматривать соматическую патологию в контексте духовно-экологического подхода, еще одним важным доминирующим фактором, интегрирующим все вышеперечисленные уровни ВКБ, можно назвать *мировоззрение личности* и ее ценностно-смысловые приоритеты, как устойчивые структуры, определяющие отношение лич-

⁵ Внутренняя картина болезни – совокупность переживаний больного, эмоциональных реакций его на болезнь и лечение, а также определенные представления о болезни, суждения и умозаключения, связанные с болезнью [Лурия, 1977].

ности к жизни в целом и способы преодоления кризисных ситуаций в частности.

Мировоззрение⁶ человека как сложное многоуровневое образование представляет собой совокупность опытно приобретенных и усвоенных теоретических знаний о мире и ценностно-смысловых ориентаций, основываясь на которых, человек принимает решения и совершает действия и поступки. Каждый человек, независимо от уровня его культуры, образованности и влияния среды, к завершению подросткового периода уже имеет собственные взгляды на окружающий мир и себя в этом мире, задумывается о смысле своего существования. Мировоззрение помогает нам на основе идеальных представлений об этом мире составить гармоничную целостную картину мира в своем сознании: определить, для чего мы живем и к чему стремимся. Жизнь дает нам много альтернатив, направлений, сомнений, и именно мировоззрение является фильтром, через который мы пропускаем ежедневно получаемую противоречивую информацию, направляет нас по жизни, играя роль личного компаса, обеспечивает цельность нашей натуры. Стратегии, которые мы используем в преодолении болезни, также отражают наше отношение к жизни, раскрывая особенности нашего мировоззрения.

Мировоззрение качественно меняется и содержательно наполняется в течение всей жизни. Человек достаточно часто попадает в сложные ситуации, когда система его жизненных приоритетов подвергается переоценке, однако именно в условиях потрясения, страданий, тяжелых заболеваний, когда целостная картина мира распадается, он вероятнее всего начинает задумываться о том, в чем заключается смысл жизни, какие ценности являются для него приоритетными, ищет новые мировоззренческие опоры, соответствующие глубинной онтологической сущности. Поэтому ключевым фактором в процессе адаптации к хроническим соматическим нарушениям можно назвать ценностно-смысловые и мировоззренческие структуры личности, которые являются как опорой, так и препятствием для понимания

и преодоления кризисных переживаний и, в конечном счете, формируют саногенный или патогенный характер ВКБ.

Почему переживание и адаптацию к хроническим соматическим заболеваниям мы можем рассматривать как благоприятный фактор, способствующий актуализации духовного потенциала человека и конструктивным изменениям ценностно-смысловой и мировоззренческой сферы личности?

В исследованиях адаптации к хроническому стрессу на примере спинальных больных Е. Е. Торчинской были выявлены особенности ценностно-смысловой сферы пациентов в зависимости от срока травмы. На ранних сроках заболевания у пациентов доминируют приоритеты ценности активной деятельности и физического здоровья, при сроке травмы около четырех лет – ценности семейных отношений, и при более длительных сроках болезни – тенденция к утрате смысла жизни и экзистенциальному вакууму. При сроке заболевания до четырех лет среди адаптационных стратегий наиболее актуальны переживание социальной утраты и поиск нового места в обществе. С увеличением срока травмы на первое место выступает духовный кризис, связанный с трансформацией глубинных личностных установок. Следующей стадией совладания со стрессом Торчинская называет стадию исцеления, связанную с восстановлением самоидентичности, принятием травмы как части своего опыта и переосмысления происшедшего с точки зрения позитивных внутриличностных изменений [2001].

Таким образом, длительно текущие кризисные ситуации невозможности являются одним из условий, порождающих стремление к *онтологической или экзистенциальной аутентичности* [Леонтьев, 2002]. Лишившись социального и биологического благополучия, стабильных жизненных условий, пациент проходит сначала через эмоциональное переживание, а затем рациональное осмысление сложившейся ситуации, однако эмоции и рационализация в подобных случаях только отражают субъективное отношение к проблеме, но не способны изменить ее. И только на глубинном, онтологическом уровне организации человека, детерминированном не потребностно-эмоциональной или интеллектуальной сферой, а ценностно-смысловым и мировоззренческим восприятием кризисной ситуации, возможны по-

⁶ Мировоззрение – система обобщающих взглядов и представлений человека о действительности, иерархия высших ценностей и фундаментальных принципов, в соответствии с которыми человек строит свою жизнь [Ананьев, 2006].

настоящему конструктивные стратегии преодоления кризисной ситуации

Ф. Е. Василюк, рассматривающий проблему адаптации к тяжелым кризисным ситуациям с точки зрения деятельностного психологического подхода, утверждает, что подлинная проблема преодоления ситуации невозможности состоит не в осознании смысла ситуации, а в его *созидании*. Существует целый мир придуманных смыслов, которые человек путем рационального осмысления может взять в качестве личного смысла. Однако для созидания смысла, смыслопорождения необходимо не интеллектуальное осмысление травмы, а прежде всего, душевное, духовное – необходимо *переживание как активная внутриличностная деятельность* [1984], меняющая ценностно-смысловую и мировоззренческую систему человека.

Только в процессе *деятельностного переживания* человек перестает жить бесцельно, бессмысленно, детерминированный внешними обстоятельствами, и начинает *осознанную* работу над собой, которая, в конце концов, приводит его к необходимости решения главных жизненных вопросов [Там же]. Правильное переживание кризисных ситуаций совершает восстановительную внутреннюю работу, целью которой является осознание и реализация глубинных экзистенциальных потребностей и, в конечном счете, смысла бытия личности.

Немецкий психолог и психотерапевт Карлфрид Дюркхайм отмечал, что в каждом человеке на определенном уровне осознания раскрывается бытие, однако проявляется оно в том случае, когда человек способен подняться над детерминацией со стороны своей собственной биологии, социума, а также стереотипов прошлого опыта. Таким образом, для того, чтобы реализовать требования своей сути, человек должен преодолеть сопротивление внешней среды, а для этого ему необходимо обладать бытийной структурой определенной жесткости, то есть ограниченными жизненными возможностями [1992].

Этот парадокс отмечает в своих трудах и экзистенциальный психолог А. Лэнгле: с одной стороны, люди обладают большей свободой, имея неясные представления и разнообразные пути выбора. С другой стороны, находясь в ограниченных условиях, сужающих круг жизнедеятельности, мы

способны выбирать и концентрировать внимание на более важных и приоритетных для нас явлениях [2003]. В этом проявляется, по утверждению Леонтьева, конструктивная сторона тревоги, сталкиваясь с которой человек переходит на более высокий уровень осознания и достигает личностной зрелости [2003].

На этом уровне при правильной проработке кризисной ситуации происходят переоценка и расстановка ценностных приоритетов, личностных смыслов, осмысление значения травмы, созидание новых форм бытия, соответствующих внутренней сути человека. Это не мгновенный процесс, на трансформацию мировоззренческой системы человека требуется время. Хроническое соматическое заболевание в силу своей длительности и протяженности создает пациенту условия для того, чтобы переосмыслить свою жизнь. Через преодоление кризиса человек формирует новый взгляд на себя и на мир, и уже в соответствии с новым мировоззрением строит планы на будущее и совершает поступки. Только в этом случае мы можем говорить об адаптивной стратегии переживания кризисной ситуации.

Взаимосвязь и взаимовлияние телесной и духовной сфер личности хорошо описана в романе Б. Пастернака «Доктор Живаго» [1989], где Живаго в беседе с другом упоминает о том, что все современные болезни имеют причины нравственного характера, так как невозможно без последствий для здоровья изо дня в день проявлять себя противно тому, что чувствуешь. Если мы живем неправильно, вопреки своей духовной природе, тело обязательно отреагирует на это болезнью.

«В наше время очень участились микроскопические формы сердечных кровоизлияний. Они не все смертельны. В некоторых случаях люди выживают. Это болезнь новейшего времени. Я думаю, ее причины нравственного порядка. От огромного большинства из нас требуют постоянного, в систему возведенного криводушия. Нельзя без последствий для здоровья изо дня в день проявлять себя противно тому, что чувствуешь... Наша нервная система не простой звук, не выдумка. Она – состоящее из волокон физическое тело. Наша душа занимает место в пространстве и помещается в нас, как зубы во рту. Ее нельзя без конца насиловать безнаказанно» (цит. по: [Розин, 2000]).

Это утверждение не утратило актуальности и для нашего времени, когда на человека постоянно воздействует большое количество противоречивых факторов, расщепляющих его личностную структуру. Далеко не всегда внешние социальные требования соответствуют нашим внутренним устремлениям. Взаимодействуя в мире социальных норм, интегрируясь в общество, мы учимся подавлять эмоции и желания. В итоге, в стремлении следовать общественным тенденциям, мы не успеваем прислушаться к собственной *телесности*, через которую проявляет себя наше внутреннее «Я».

Исходя из слов Пастернака о том, что наша телесность реагирует болезнью на то, что противоречит нашей внутренней нравственности, напрашивается вывод, *что нравственность встроена в личность человека, человеческая природа нравственна по сути*.

Подобную мысль о внутриличностной духовности и нравственности можно встретить в разных направлениях отечественной и зарубежной психологии и философии.

Как пишет Вл. Соловьев в книге «Оправдание добра», отличительными чертами человеческой природы являются именно нравственные черты, причем не общественное чувство нравственности, сходное с социальными инстинктами животных, а индивидуальное, присущее каждой личности и по-разному проявляющееся в соприкосновении с окружающим миром. Человеку свойственна первичная естественная нравственность как реакция его духовной природы против эгоистичного, потребностного отношения к жизни. В присущих нам нравственных чувствах проявляется этическое отношение к материальной природе и другим живым существам [1988].

Д. А. Леонтьев также отмечает, что в критических жизненных ситуациях человек перестает быть зависимым от факторов социальной среды и начинает действовать как существо *недетерминированное*, или *самодетерминированное* внутренней совестью [2003]. В. Франкл определяет этот феномен как проявление *духовного бессознательного* в человеке: даже, когда мы не осознаем в себе стремлений к изменениям, внутренне мы постоянно к этому направлены. В поисках смысла, в стремлении к самотрансценденции проявляет себя присущая каждому

человек *неосознанная религиозность*, в которой выражается стремление человека к Богу [1988].

В случае хронических соматических заболеваний наше духовное бессознательное, внутренняя нравственность, совесть проявляют себя через телесность. Феномен человеческой телесности долгое время оставался объектом рассмотрения естественно-научного познания. В психологической науке телесностью занимались в основном в рамках психофизиологии и психопатологии. Психосоматический подход, выделившийся позже в самостоятельную область клинической психологии, исследует патологические телесные проявления, связанные с воздействием психопатогенных факторов, но практически не изучает психосоматические соотношения в норме [Николаева, Арина, 2003]. Однако к концу XX в. появляется все больше теоретико-методологических и практических концепций, исследующих ценностно-смысловое (аксиологическое) значение телесности, как области взаимодействия соматической сферы и личностных особенностей человека.

А. Ш. Тхостов упоминал о том, что «чистых» соматических ощущений, с которыми предпочитают иметь дело врачи, т. е. ощущений, не связанных с субъективными переживаниями, мотивами, образом жизни больного, не бывает, поэтому необходимо включить личность в научную картину болезни, поместить «психическое» и «соматическое» в один объективный мир, иначе неизбежны такие проблемы, как стереотипное реагирование и частые диагностические ошибки, неприменимые в работе с людьми [2002].

Швейцарский психиатр и психолог Медард Босс (Medard Boss) использовавший экзистенциальную терапию для работы с соматическими нарушениями, писал: «Наша телесная сфера не ограничивается пределами тела, – это сфера исполненности смысла нашего существования, нашей экзистенции. Возможно, именно через тело во многом и проявляет себя человеческая душа и дух, поэтому невозможно отделить тело человека от его личности, а личность от тела. Телесность – это форма, в которой мы реализовываем свою суть» (цит. по: [Летуновский, 2005]).

Т. С. Леви определяет человеческую телесность как *«одухотворенное тело*, яв-

ляющееся результатом процесса онтогенетического, личностного, в широком смысле исторического развития, выражающее культурную, индивидуально-психологическую и смысловую составляющие уникального человеческого существа» [2005].

И. В. Силуянова рассматривает телесное здоровье человека как «уникальное свидетельство реальности внеиндивидуального уровня человеческой природы» [2007]. Мы не в состоянии управлять патологическими процессами в своем теле, однако, как говорил Р. Мэй, нам необходимо использовать тело для воспитания чувств (цит. по: [Летуновский, 2005]).

Таким образом, если исходить из воззрения, что каждая проблема личности имеет нравственную основу, то под здоровой личностью мы будем, прежде всего, подразумевать человека, который умеет адекватно справляться с проблемами нравственности, предъявляемыми жизнью. Тогда основополагающим принципом и конечным результатом любого успешного терапевтического и реабилитационного процесса должно быть корректное нравственное приспособление к жизни.

Задача клинического психолога и психотерапевта в таком случае – помочь человеку пережить и адаптироваться к кризисной хронической стрессовой ситуации таким образом, чтобы она привела пациента не к разрушению, а к рождению новой бытийной структуры, и, в конечном счете, к онтологической зрелости.

Исследование феноменологии здоровья в контексте духовно-экологического дискурса предполагает индивидуальный подход к лечению и требует пересмотра традиционного понятия адаптации к болезни. Если рассматривать проблему адаптации в комплексной совокупности всех личностных характеристик индивида – духовных, нравственных, психологических и психофизиологических, не всегда у человека, успешно адаптировавшегося физически и в социуме, будут наблюдаться конструктивные личностные изменения.

В то же время существует немало примеров, когда люди, в поисках путей преодоления кризисного состояния тяжелого заболевания, не только продолжают жить и работать, но жизнь их обретает новый смысл, становится полноценной, формируется новая, более устойчивая и зрелая сис-

тема ценностей. Именно с болезненными ощущениями и кризисными переживаниями чаще всего связаны такие высшие проявления личности, как способность творить, устремленность к ценностям и смыслу, пробуждение духовного начала в человеке.

Целесообразно и правомерно отталкиваться от подобных примеров при разработке программ и методов первичной, вторичной и третичной психопрофилактики. Разумеется, такие способы адаптации сугубо индивидуальны и применимы только в рамках конкретно взятой личности, неразрывно от ее судьбы, мироощущения и окружения, однако, основываясь на них, можно попытаться понять, что является для человека опорой в тяжелые минуты жизни, как в условиях хронического стресса укрепляется психологическая устойчивость личности и каким образом хронические нарушения телесной сферы могут способствовать формированию целостных ценностно-смысловых и мировоззренческих структур.

Список литературы

Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. СПб.: Речь, 2006. Кн. 1: Концептуальные основы психологии. 384 с.

Васильюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Изд-во МГУ, 1984.

Дюркхайм К. О двойственном происхождении человека. СПб.: Импакс, 1992. 156 с.

Клиническая психология / Под ред. Б. Д. Карвасарского. 2-е изд. СПб.: ПИТЕР, 2006.

Клиническая психология: Словарь / Под ред. Н. Д. Творогова. М.: ПЕР СЭ, 2007.

Леонтьев Д. А. Симбиоз и адаптация или автономия и трансценденция: выбор личности в непредсказуемом мире // Понимание как фактор личностного развития. Кемерово: Графика, 2002.

Леонтьев Д. А. Экзистенциальная тревога и как с ней не бороться // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 2.

Летуновский В. В. Работа с телом в экзистенциальной терапии. Онтоцентрический подход // Психология телесности между душой и телом / Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. М.: АСТ: МОСКВА, 2005. С. 641–665.

Леви Т. С. Психология телесности в ракурсе личностного развития // Психология

телесности между душой и телом / Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. М.: АСТ: МОСКВА, 2005. С. 410–434.

Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина, 1977.

Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом. Прикладная логотерапия. М.: Генезис, 2003. 128 с.

Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М.: МЕДпресс, 2001. 592 с.

Николаева В. В., Арина Г. А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности. // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 1. С. 119–126.

Пастернак Б. Л. Доктор Живаго: Роман. М.: Кн. палата, 1989.

Перре М., Бауман У. Клиническая психология. СПб., 2002.

Розин В. М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема // Мир психологии. 2000. № 1 (21). С. 28.

Середина Н. В., Шкуренко Д. А. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология. Ростов: Феникс, 2003.

Силуянова И. В. Антропология болезни. М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2007.

Соловьев В. А. Оправдание добра. Нравственная философия. М., 1988. Т. 1.

Торчинская Е. Е. Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу // Психологический журнал. 2001. Т. 22, № 2. С. 27–35.

Тхостов А. Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.

Франкл В. Подсознательный бог: психотерапия и религия. 7-е изд. М., 1988.

Материал поступил в редколлегию 20.10.2011

К. А. Vinokurova

**INFLUENCE OF CRISIS EXPERIENCE (CHRONIC SOMATIC DISEASES)
ON DYNAMICS OF VALUE-SENSE AND WORLDVIEW STRUCTURES OF PERSONALITY**

The article explores the problem of adaptation and rehabilitation of chronic somatic patients as the main target group of clinical-psychological and psychosomatic intervention. The analysis of health and illness phenomenology and psychosomatic adaptation concept is given in the context of medical and spiritual-ecological discourse. Chronic somatic diseases are considered as personality crisis experience promoting constructive transformation of value-sense and worldview sphere and forming of adaptive life strategies.

Keywords: chronic somatic diseases, phenomenology of health and illness: medical and spiritual-ecological approach; strategies of crisis life conditions overcoming, activity approach, existential therapy of somatic diseases, psychosomatic adaptation and rehabilitation, value-sense and worldview structures of personality.