

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Информация о воздействии травматических переживаний участников войн фиксировалась на протяжении столетий. Однако, научные труды [13,14], описывающие посттравматическое стрессовое расстройство, стали появляться в первой половине 20 века. Так, во время первой мировой войны Ф. Мотт и Э. Соусард вели обширную документацию неврологических и психологических последствий военной травмы. Они опубликовали описание последствий пережитого солдатами военного стресса, которые выражались в навязчивом воспроизведении угрожающих жизни ситуаций, а также в повышенной раздражительности, преувеличенной реакции на громкие звуки, трудностях с концентрацией внимания и др. Позднее К. Майерс подчеркивал сходство между военными неврозами и истерией и считал эмоциональный фактор исчерпывающим в объяснении происхождения военного невроза.

Реакции, обусловленные участием в боевых действиях, стали предметом широких исследований в ходе второй мировой войны. Это явление у разных авторов получило разные названия: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз». В 1941 году в одном из первых систематизированных исследований А. Кардинер назвал это явление хроническим военным неврозом. Отталкиваясь от идей З. Фрейда, он ввел понятие «центральный физионевроз», который, по его мнению, служит причиной нарушения ряда личностных функций, обеспечивающих успешную адаптацию к окружающему миру. А. Кардинер считал, что военный невроз имеет как физиологическую, так и психологическую природу. Им впервые было дано комплексное описание симптоматики центрального физионевроза. К симптомам центрального физионевроза А. Кардинер отнес возбудимость и раздражительность, безудержный тип реагирования на внезапные раздражители, фиксацию на обстоятельствах травмирующего события, уход от реальности и предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям.

В монографии «Человек в условиях стресса» Р. Гринкер и Д. Шпигель (1945) перечислили симптомы, совокупность которых авторы обозначили как «военный невроз». От него страдали так называемые «возвращенцы» – солдаты, побывавшие в плену. К этим симптомам относились: повышенная утомляемость, агрессия, депрессия, ослабление

памяти, гиперактивность, ослабление способности к концентрации внимания, алкоголизм, ночные кошмары, фобии и подозрительность [11].

В середине 1970-гг. американское общество вплотную столкнулось с проблемами, порожденными дезадаптивным поведением ветеранов войны во Вьетнаме. Так, примерно, у 25% воевавших во Вьетнаме американских солдат опыт участия в боевых действиях послужил причиной развития неблагоприятных изменений личности под влиянием психической травмы. К началу 1990-х., по данным статистики, около 100 тыс. ветеранов войны во Вьетнаме совершили самоубийство. Около 40 тыс. человек ведут замкнутый образ жизни и почти не общаются с внешним миром. Отмечены также высокий уровень актов насилия, неблагополучие в сфере семейных отношений и социальных контактов.

Современная концепция ПТСР сложилась окончательно к 1980-м гг., когда после анализа наблюдений и исследований ветеранов войны во Вьетнаме посттравматическое стрессовое расстройство (*post-traumatic stress disorder*) было включено в классификационный психиатрический стандарт, подготовленный Американской психиатрической ассоциацией. В 1995 году это расстройство и его диагностические критерии были введены в десятую редакцию Международного классификатора болезней – основного диагностического стандарта в европейских странах, включая Россию.

Боевые действия, независимо от длительности пребывания в «горячей точке», всегда сопровождаются выраженными психическими и социально-психологическими последствиями для личности, которые объединены понятием *посттравматическое стрессовое расстройство*, введенном М. J. Horowitz.

Посттравматические стрессовые расстройства – это психические нарушения, возникающие у людей в результате влияния на психику человека экстремальных условий деятельности [6]. Психические нарушения провоцируют развитие психологических отклонений у людей с ПТСР.

В основе посттравматического стрессового состояния лежит психическая травма. *Психическая травма* – это некое событие в жизни человека, которое выходит за рамки обычных человеческих переживаний и вызывает сильные страдания почти у каждого человека [10]. Реакция индивида на психическую травму обязательно включает в себя интенсивный страх, беспомощность, ужас и чувство паники. Один человек усилием воли подавляет страх, а другой не умеет или не может сделать это. У каждого человека существует индивидуальный предел «прочности». Определенную роль в переживании страха играют психофизиологические особенности личности. Психическая травма может возникать как

отставленная или затяжная реакция на стрессовое событие угрожающего или катастрофического характера (природные или техногенные катастрофы, боевые действия, наблюдения за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма и т.д.).

В научной литературе представлены 3 психологических концепции травматического стресса.

1. Психодинамическая концепция. Согласно психодинамической концепции психической травмы, помимо невыносимых травматических внешних воздействий следует выделять неприемлемые и интенсивные побуждения и желания, то есть внутренние травмирующие факторы. При этом травма становится неотъемлемой составной частью истории жизни как истории развития побуждений и жизненных целей. Травма приводит к нарушению процесса символизации. Фрейд рассматривал травматический невроз как нарциссический конфликт. Он вводит понятие стимульного барьера. Вследствие интенсивного или длительного воздействия барьер разрушается, либидозная энергия смещается на самого субъекта. Фиксация на травме – это попытка ее контроля. В современной классической психодинамической концепции в качестве следствий травматизации рассматриваются: регресс на оральную стадию развития, смещение либидо с объекта на «Я», использование примитивных защит, автоматизация «Я», идентификация с агрессором, регресс к архаичным формам функционирования «Сверх-Я», деструктивные изменения «Я» идеального. Считается, что травма – механизм, актуализирующий детские конфликты. Фрейд предлагал различать два случая: травмирующая ситуация является провоцирующим фактором, раскрывающим невротическую структуру; травма детерминирует возникновение и содержание симптома. При этом повторение травматических переживаний, постоянно возвращающиеся ночные кошмары, расстройства сна и т.п. можно понять как попытки «связать» травму, отреагировать ее.

В настоящее время новое истолкование в русле психодинамического подхода получают предложенные когда-то Фрейдом «энергетические» представления о травме; современные авторы предлагают заменить понятие «энергия» на понятие «информация». Последнее обозначает как когнитивные, так и эмоциональные переживания и восприятия, имеющие внешнюю и/или внутреннюю природу [17]. С точки зрения психодинамической трактовки, травмирующая информация рассматривается как направленный динамический поток, несущий сообщение о рассогласованности организма. Благодаря такому пониманию происходит сближение когнитивно-информационного и

психодинамического взглядов на травму. Психодинамическая концепция не объясняет всю симптоматику посттравматического реагирования, например, постоянное отыгрывание травмы. Кроме того, классическая психодинамическая терапия для лечения данного расстройства неэффективна.

2. Когнитивно-информационная концепция. В рамках когнитивно-информационной концепции, травматические события – это потенциальные разрушители базовых представлений о мире и о себе. Эти представления формируются в ходе онтогенеза, связаны с удовлетворением потребности в безопасности. В ситуации сильного стресса происходит коллапс Я – теории. Хотя коллапс Я – теории – это малоадаптивное следствие стрессового воздействия, он сам по себе может быть адаптивным, так как предоставляет возможность для более эффективной реорганизации Я – системы. *Малоадаптивное преодоление травмы включает генерализацию страха, гнева, ухода, диссоциацию, постоянное отыгрывание травмы. Причина малоадаптивного преодоления травмы в негибкости, некорректируемости когнитивных схем.* А. Бек и Г. Эмери впервые описали когнитивную модель реакции страха, ставшую основой когнитивно-информационной концепции ПТСР. Согласно этой модели, реакция индивида на ситуацию страха включает оценку степени ее опасности и оценку собственных ресурсов, позволяющих совладать с этой ситуацией и избежать ее. Обусловленная прошлым опытом схема переживания страха актуализируется и заставляет человека искать информацию, соответствующую этой схеме, и игнорировать остальную информацию. В конечном счете, действие схемы приводит к определенным моторным реакциям – застыванию на месте, борьбе или бегству.

Другой аспект понимания психической травматизации в когнитивно-информационной трактовке ярко выражен в концепции психической травмы Р. Янофф-Бульмана [15]. В интерпретации Янофф-Бульмана психическая травма представляет собой изменение базисных убеждений личности о доброжелательности-враждебности окружающего мира, его справедливости, а также о ценности и значимости собственного «Я».

Согласно Янофф-Бульману, базисные убеждения о доброжелательности, справедливости окружающего мира и значимости собственного «Я» подвержены влиянию психической травмы. В одночасье индивид сталкивается с ужасом, исходящим из внешнего мира, а также с собственной уязвимостью и беспомощностью. Первичные комфортные убеждения рушатся, повергая его в состояние дезинтеграции. Процесс

совладания с травмой – это восстановление базисных убеждений. В концепции психической травмы Р. Янофф-Бульмана в большей степени акцент сделан на личностных переживаниях человека, перенесшего травму. Таким образом, концепция Янофф-Бульмана раскрывает когнитивно-личностные механизмы психической травматизации [9].

Сущность информационной составляющей когнитивно-информационной концепции заключается в том, что стресс вызывает массив внутренней и внешней информации, основная часть которой не может быть согласована с когнитивными схемами. Происходит информационная перегрузка. Необработанная информация переводится из сознания в бессознательное, но сохраняется в активной форме. В соответствии с принципом избегания боли человек стремится сохранить информацию в бессознательной форме, но в соответствии с тенденцией к завершению временами травматическая информация становится сознательной как часть процесса информационной обработки. При завершении информационной обработки опыт интегрирован, травма больше не хранится в активном состоянии. Биологический фактор, также как и психологический, включен в эти последовательности. Феномен развития такого типа реагирования -- это нормальная реакция на шокирующую информацию. *Ненормальны предельно интенсивные реакции, не являющиеся адаптивными, блокирующие проработку информации и встраивание ее в когнитивные схемы индивида* [5]. Данная модель предлагает универсальную схему реагирования на посттравматический стресс вследствие чего достаточно сложно учитывать индивидуальные различия посттравматического реагирования, но наиболее полно описывает процесс переживания ПТСР и возникновение дезадаптивного состояния.

3. Этиологическая концепция. Для ответа на вопрос, почему у какой-то части людей, подвергшихся травматизации, психологические симптомы посттравматического стресса проявляются сильнее, чем у других, предлагается *этиологическая мультифакторная концепция*, разработанная А. Мэркером [16]. В этой концепции выделяются три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР:

- *факторы, связанные с травматическим событием*: тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность;
- *защитные факторы*: способность к осмыслению происшедшего, наличие социальной поддержки, механизмы совладения;
- *факторы риска*: возраст к моменту травматизации, отрицательный прошлый опыт, психические расстройства в анамнезе, низкий социоэкономический уровень.

В российской науке не сформировалась единой концепции, объясняющей психологическую сущность посттравматического стрессового расстройства. Отечественные исследователи первой половины 20 века [2,7] рассматривали психофизиологические и медико-биологические аспекты ПТСР. Современные российские исследователи [4,9,11] в своих работах опираются на западные концепции ПТСР.

Таким образом, рассмотрение приведенных выше концепций, приводит к выводу, что каждая из них имеет ограничения. *Основанием для выведения ограничений каждой концепции служит критерий, объясняющий причинность данного явления и процесс возникновения дезадаптивного состояния, и критерий эффективности их практического применения.* Так, психодинамическая концепция не предлагает эффективных практических механизмов избавления от ПТСР и не объясняет причины малоадаптивного поведения личности с ПТСР: в опыте любого человека можно найти детскую травму, что не является, однако, предопределяющим в развитии малоадаптивного ответа на стресс. Этиологическая мультифакторная концепция выделяет факторы развития ПТСР, но не объясняет причину его возникновения. Этиологическая концепция отражает лишь теоретические аспекты ПТСР. Когнитивно-информационная концепция представляется наиболее полно объясняющей этиологию, патогенез и симптоматику расстройства; учитывает генетический, когнитивный, эмоциональный и поведенческий факторы возникновения дезадаптивного состояния, хотя и не является достаточно дифференцированной. На основе этой концепции разработаны когнитивно-личностные технологии работы с ПТСР. Кроме того, когнитивно-информационная концепция ПТСР ориентирована на социальную адаптацию и реабилитацию личности через знаниевые системы: образование, обучение, переобучение как инструменты воздействия на личность.

Лечение ПТСР – процесс длительный, и он может продолжаться несколько лет. В настоящее время не существует устоявшейся точки зрения на результат лечения. Одни исследователи считают, что ПТСР – излечимое расстройство, другие – что его симптомы полностью неустранимы.

Рассматривая внешние факторы травматизации, нужно отметить, что участники локальных вооруженных конфликтов подвергаются так называемому «запороговому» по степени интенсивности воздействию факторов экстремальной обстановки. Последствием этого становятся психические и психосоматические нарушения, которые оказывают влияние на психологический, психофизиологический, социальный уровни

функционирования человека и приводят к выраженным характерологическим изменениям личности.

Так, наряду с тяжелыми соматическими и психическими травмами, у этих людей наблюдаются психологические отклонения. К ним относят [1,4]:

- «комплекс вины выжившего», заключающийся в переживании чувства вины перед погибшими товарищами;
- «симптом избегания», выражающийся в избегании мыслей, чувств, разговоров, мест, вызывающих воспоминание о травме;
- диссоциативная амнезия (неспособность вспомнить какой-либо важный аспект психотравмирующего события);
- сложности в адаптации к обычной, спокойной жизни, проявляющиеся в непрекращающейся тревоге, страхе, бессоннице, вспышках повторяющихся воспоминаний и сновидений о войне;
- «синдром поиска новых ощущений», проявляющийся к активности, деятельности, напоминающей определенные аспекты травмирующего стрессового события (игра со смертью, риск, азарт, различные формы саморазрушительного поведения);
- притупление эмоционального реагирования;
- проявления немотивированной агрессии, приступов аутоагрессии (самоагрессии), повышенной раздражительности;
- нарушения в мотивационной сфере (апатия, бездумность);
- неадекватные представления по отношению к себе (часто отсутствие самокритики);
- хронически пониженный фон настроения.

Психологические отклонения у участников российских локальных вооруженных конфликтов (участников войны в Афганистане и Чечне) создают предпосылки для формирования психологических установок, зачастую совершенно неадекватных мирной жизни. Нечто подобное испытало на себе и американское общество, которое начало ощущать последствия вьетнамской войны через два десятка лет, когда результаты перенесенных стрессов проявились в антиобщественных деяниях. Достаточно сказать, что среди «постояльцев» американских тюрем треть – ветераны Вьетнама.

Посттравматические стрессовые нарушения способствуют формированию особых жизненных сценариев человека и оказывают чаще всего негативное влияние на его дальнейшую жизнь.

Посттравматический синдром рассматривается не только как осложнение, полученное в период боевых действий. На первичный стресс военного времени накладываются вторичные стрессы мирного времени,

стрессы «непризнанных героев войны», которые, суммируясь с травматическим стрессом войны, формируют в целом посттравматические стрессовые расстройства. Все эти факторы ведут к социально-психологической дезадаптации участников локальных вооруженных конфликтов и свидетельствуют о необходимости проведения реабилитационных и адаптационных мероприятий с данной категорией населения.

Социальную дезадаптацию участников локальных вооруженных конфликтов можно отнести к экзогенному типу дезадаптации (тип дезадаптации, вызванный неблагоприятным влиянием внешних факторов) и институциональному виду дезадаптации (вид дезадаптации, при котором социальные институты задают требования, с которыми человек справиться не может). В данном случае дезадаптирующее воздействие оказывают армия и государство.

Согласно исследованию [8], посвященному изучению особенностей социальной адаптации участников локальных вооруженных конфликтов, показатель обеспеченности работой для данной группы лиц является одним из факторов, составляющих успешность социальной адаптации к условиям мирной жизни. Однако по значимости этот показатель играет наибольшую роль в успешности их жизнедеятельности. Также отмечено [8], что психофизиологические и социальные особенности участников локальных вооруженных конфликтов накладывают определенные ограничения на возможности их профессиональной реализации. Большинство из них не довольны своей работой в связи с отсутствием необходимого профессионального образования для выбора возможных направлений профессиональной реализации, низкой оплатой труда, выполнением часто неквалифицированной или малоквалифицированной работы, что создает преграды для карьерного роста и профессионального развития; конфликтами с начальством, что ведет к отсутствию постоянной работы.

Занимаясь изучением сферы профессионального применения участников локальных вооруженных конфликтов, исследователи [8] пришли к заключению о том, что область профессиональной самореализации для этих лиц является довольно суженной. Так, например, крайне негативные последствия в плане состояния здоровья может вызвать предпринимательская деятельность, которой занялись многие бывшие воины-интернационалисты. Выбирая для себя эту сферу деятельности, они вступают в сферу выраженной потенциальной опасности для своего здоровья; вновь возникает ситуация хронического стресса, напоминающего стресс военного времени, и здесь психосоциальные

факторы вновь играют решающую роль. Это тем более важно, исходя из того, что у лиц, вернувшихся из зоны боевых действий, остается привычка оценивать окружающее с точки зрения потенциальной опасности.

Как показывает исследование в области социальной адаптации участников локальных вооруженных конфликтов [8], на успешность социальной адаптации этих молодых людей к условиям мирной жизни значительно влияет их актуальный образовательный уровень и наличие постоянной гражданской профессии (на момент возвращения с войны). Об этом свидетельствуют данные психологического и социального обследования, результаты которого показывают отчетливые различия между лицами, попавшими в Афганистан в возрасте 18 лет, не имевшими специального образования и «прочной» гражданской специальности, и людьми, окончившими к моменту призыва в армию средние специальные учебные заведения и старшими по возрасту на 2-3 года. Последние значительно легче пережили социально-психологическую адаптацию перехода к мирной жизни; среди них у значительно меньшего числа лиц отмечаются выраженные характерологические сдвиги, они зачастую успешно продолжают начатое до службы продвижение вверх по социальной и профессиональной лестнице. Результаты исследования свидетельствуют о благоприятном влиянии образования на процесс социальной адаптации данной категории лиц.

Адаптационный принцип образования заложен в личностно-ориентированном и компетентностном подходах к образованию.

Личностно-ориентированный подход [3] основывается на методологическом признании в качестве системообразующего фактора личности обучаемого: его потребностей, мотивов, целей, способностей, активности, интеллекта и других индивидуально-психологических особенностей. Учет личностного фактора проявляется через содержание образования, через вариативность образовательных программ и технологий обучения. Этот подход позволяет выделить следующие основные признаки личностно развивающего подхода к образованию:

- главная цель образования заключается в развитии личности обучающегося;
- личность выступает системообразующим фактором организации всего образовательного процесса;
- ведущими мотивами образования, его ценностью становится саморазвитие и самореализация всех субъектов обучения;
- личностная пристрастность обучающегося обеспечивается посредством включения в процесс обучения его субъективного опыта;

- задачей личносно развивающего образования становится развитие универсальных способностей обучаемых: автономности, самостоятельности, ответственности, самоопределения, рефлексии. Личносно развивающее образование включает два взаимосвязанных процесса: личносно развивающее обучение и личносно развивающее воспитание. Профессиональный аспект личносно-ориентированного подхода заключается в провозглашении главной ценности образования – профессионального развития личности обучаемого.

С позиций компетентностного подхода основным непосредственным результатом образовательной деятельности становится формирование ключевых компетенций.

Термин «компетенция» (в переводе с латинского – соответствие, соразмерность) имеет два значения: круг полномочий какого-либо учреждения или лица; круг вопросов, в которых данное лицо обладает познаниями, опытом [12]. А.В. Хуторским выделяются следующие основные ключевые компетенции: ценностно-смысловые, общекультурные, учебно-познавательные, коммуникативные, социально-трудовые, личностные.

С позиций компетентностного подхода уровень подготовленности личности к жизнедеятельности определяется ее способностью решать проблемы различной сложности на основе имеющихся знаний и способностей. Компетентностый подход не отрицает значения знаний; более того, формирование прочных знаний, умений и навыков является условием реализации компетентностного подхода, но он акцентирует внимание на способности использовать полученные знания. При таком подходе цели образования описываются в терминах, отражающих новые возможности обучаемых. В основе компетентностно-ориентированного подхода образования лежит культура самоопределения (способность и готовность самоопределяться, самореализовываться, саморазвиваться). Методологические принципы выше указанных подходов дают основания предполагать, что образование имеет развивающий, воспитательный потенциал для личности и может рассматриваться как адаптационный инструмент.

Таким образом, на наш взгляд, получение профессионального образования участниками локальных вооруженных конфликтов после возвращения с войны можно *рассматривать как дополнительный реабилитационный и адаптационный ресурс*, позволяющий этим молодым людям осознанно простраивать определенную траекторию своей профессиональной самореализации.

В данном контексте для участников локальных вооруженных конфликтов обучение и получение образования может выступать как:

1. *Инструментальная ценность*: образование здесь рассматривается как одна из жизненных целей, получение которого позволит адаптироваться в обществе, достичь профессиональных высот и профессионального развития. Профессиональное образование все более становится инструментальной ценностью, необходимым условием успешной жизни;

2. *Развивающая система*: образование рассматривается как расширение ресурсов личности, обретение нового опыта, который позволит значительно раздвинуть границы представлений человека о своих возможностях и способностях и снять привычные ограничения, раскрыть в себе новые потенциалы и развить их;

3. *Реабилитационный инструмент*: образование как реабилитационный инструмент, как необходимый и важный ресурс, необходимый для восстановления своего социального и профессионального статуса в обществе после возвращения с войны. Исходя из этой трактовки образование выполняет важнейшие функции гармонизации взаимоотношений внутреннего и внешнего миров человека (реабилитационный потенциал образования).

Образование представляет собой, в том числе и *реализованные и реализующиеся установки, и интересы личности, личностные запросы и устремления, жизненные ценности и идеалы*. В этом случае образование должно формировать *культуру личности*.

Предположительно, готовность к обучению и получению образования можно рассматривать как один из главных индикаторов успешной социальной адаптации и профессиональной самореализации. В связи с этим возникает вопрос о готовности участников локальных вооруженных конфликтов к обучению и получению образования и о психологических основаниях этой готовности. При этом готовность здесь рассматривается как характеристика состояния личности (то есть готовность к деятельности) и как качество личности.

На наш взгляд, можно выделить следующие психологические показатели для исследования психологической основы готовности участников локальных вооруженных конфликтов к обучению и получению образования как фактора (условия) их социальной адаптации:

- психологические особенности личности;
- адаптационные возможности и способности личности;
- актуальный уровень готовности личности к обучению;
- уровень социально-психологической адаптивности личности;
- смысловые ориентации личности.

Таким образом, имеются основания полагать, что профессиональное образование можно рассматривать в качестве фактора социальной адаптации участников локальных вооруженных конфликтов к условиям мирной жизни. Адаптирующий эффект образования для данной группы лиц может зависеть от уровня их готовности к обучению и получению образования.

Для исследования показателей психологической основы готовности участников локальных вооруженных конфликтов к обучению и получению образования разработаны практические научно обоснованные методики, что создает предпосылки для детального и глубокого изучения выделенного аспекта.

Библиографический список

1. Абдурахманов Р.А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана. // Психологический журнал. 1992. Т. 13, № 1.
2. Гольман С.В. Неврозы военного времени // Психозы и психоневрозы войны / Под ред. В.П.Осипова.-Л., 1934.
3. Зеер Э.Ф. Психологические основания личностно развивающего профессионального образования // Профессионально-педагогическое образование: современные проблемы, концепции, теория и практика: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, 25-26 октября 2007 г. – СПб.: Институт профтехобразования РАО, 2007. 332 с.
4. Зеленова М.Е., Лазебная Е.О., Тарабрина Н.В. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войн в Афганистане // Психологический журнал. 1997. Т. 18, № 2.
5. Клиническая психиатрия. /Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 1998.
6. Котенев И.О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний.- Пермь, 1998. 40 с.
7. Лурия А.Р. Восстановление функций после военной травмы. М., 1948.
8. Мякотных В.С., Спектор С. И., Таланкина Н.З. Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов современных вооруженных конфликтов. Материалы 5-ой Всероссийской научно-практической конференции по состоянию и перспективам социально-медицинской работы с ветеранами и участниками вооруженных конфликтов. Екатеринбург, 2005. с. 164-165.
9. Падун М.А. Тарабрина Н.В. Когнитивно-личностные аспекты переживания посттравматического стресса// Психологический журнал, 2004, том 25, № 5, с.7-8.

10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. 2001.
11. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений// Психологический журнал. 1992. Т. 13. № 2.
- 12)Хуторской А.В. Ключевые компетенции и образовательные стандарты /Материалы конференции по философии образования и теории педагогики РАО, 23 апр. М., 2002.- с.9-10.
12. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War. N. Y., 1941.
13. Grinker R., Spiegel J. Men Under Stress. Philadelphia, 1945. с 38.
14. Janoff-Bulman R. Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events: coping processes and outcomes'// Coping: The psychology of what works / Ed. C R. Snyder. N. Y.: Oxford University Press, 1998.
15. Maercker A. Therapie der posttraumatischen Belastungstoerung. Heidelberg, 1998. 17)Horowitz M.J. Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen. Integrative psychodynamisch-kognitive Psychotherapie // Therapie der posttraumatischen Belastungstoerung /Hrsg. A. Maercker. Heidelberg, 1998.

*М.А. Васюгова, Н.О. Садовникова
Екатеринбург, РГППУ*

АКТУАЛЬНЫЕ СМЫСЛОВЫЕ СОСТОЯНИЯ ЛЮДЕЙ, ПОТЕРЯВШИХ РАБОТУ

Основным видом активности взрослого человека является его профессиональная деятельность, в процессе которой происходит профессиональное становление, которое охватывает большой временной отрезок жизни человека от зарождения профессионального интереса до окончания профессиональной жизни. Авторы, разрабатывающие концепции профессионального развития (Э.Ф. Зеер, Е.А. Климов, Т.В. Кудрявцев, А.К. Маркова, Л.М. Митина и др.) придерживаются мнения о том, что профессиональное развитие осуществляется через кризисы. Принято выделять два рода кризисов: нормативные и ненормативные. Авторы в основном анализируют роль нормативных кризисов, рассматривая их как необходимое звено в нормальном, «естественном» развитии профессионала, в то время, как ситуация на рынке труда требует более детального анализа роли ненормативных кризисов в профессиональном развитии. В связи с изменением социально-экономической ситуации в России многим людям приходится переживать ненормативный кризис потери или смены работы, который существенно влияет на поведение и жизнедеятельность людей, а также на их психологическое состояние.