

УДК 159.96: 316.6

ФЕНОМЕН ВОЕННОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ДИСКУРСЕ СОСТОЯНИЯ ИЗМЕНЕННОГО СОЗНАНИЯ: ФИЛОСОФСКИЙ АСПЕКТ

Г.В. Барина

ФГБОУ ВО «Российский университет транспорта (МИИТ)», г. Москва

Автор анализирует субъективные переживания людей с военной инвалидностью на различных уровнях: *познавательном, эмоционально-чувственном, мотивационно-волевом*, констатирует качественные изменения восприятия, самосознания, образа тела, уровня активности, выражения эмоций и т. д., что можно рассматривать как состояние измененного сознания, выступающее фоном психической деятельности инвалида. Среди способов продуцирования измененных состояний сознания рассматриваются некоторые формы социального отчуждения в отношении военных инвалидов. Определяя состояния измененного сознания как адаптивный, так и неадаптивный выход для выражения собственных потребностей, желаний, чувств, эмоций человека, автор приходит к выводу, что, используя адаптивный выход, изменяя состояние своего сознания, человек с военной инвалидностью может найти новые способы упорядочения своего внутреннего опыта и переживаний.

Ключевые слова: *инвалидность, человек с военной инвалидностью, состояние измененного сознания, субъективные переживания, состояние сенсорной депривации, социальное отчуждение.*

На современном этапе развития мирового социума особое место занимают социальные катастрофы, к которым в первую очередь следует отнести военные локальные конфликты, сопровождающиеся ведением активных боевых действий. К сожалению, человеческое существо уязвимо перед мощными стресс-факторами войны (опасность, высочайшая ответственность, гибель боевых товарищей, уничтожение противника, ранения, боль, инвалидность и т. д.).

Точки зрения в отношении войны разные, иногда противоречивые, но все сходятся в одном: война – это орудие государственной политики. Вопрос нравственности или безнравственности войны не теряет своей актуальности. Эти понятия выступают как две стороны одной медали. Война – это безнравственно, но самые яркие примеры героизма и самопожертвования случаются именно на войне. Нет ничего страшней войны, но иногда только с помощью военных действий можно восстановить мир. Война ожесточает и в то же время облагораживает и возвышает человеческую душу. Эти мысли подтверждает высказывание Н. Бердяева: «И в духовной природе войны есть своё добро. Не случайно великие добродетели человеческого характера выковывались в войнах. С войнами связана выработка мужества, храбрости, самопожертвования, героизма, рыцарства. Рыцарства и рыцарского закала характера не было бы в мире, если бы не было войн. С войнами связано героическое в истории» [1].

Что страшит человека в войне? Смерть. Да, война несёт физическое убийство. Но и в мирной жизни достаточно много примеров духовного убий-

ства: ненависть, злоба и зависть убивают людей. Страшна война, в которой убивают, но ещё страшнее война, в которой перепрограммируют. А применяя современные информационные технологии, можно воздействовать не только на привычный стиль жизни, но и на понимание добра и зла, справедливости и жертвы, качественно поменять мировоззрение человека.

Следует отметить, что особенностью нынешнего времени является растущая зависимость реального мира от мира виртуального, где существуют иные акценты развития и противоборства. Открытая конкуренция, характеризующаяся явными материальными и людскими потерями, может полностью замениться противостоянием на уровне человеческой психики. Обращая внимание на то, что интеллект – это часть духовного мира человека, которая не может полноценно и позитивно развиваться без нравственности и чувственного мирозерцания, можно предположить, что новые военные конфликты в будущем будут духовные. В современном мире уничтожение противника может осуществляться не только посредством прямого нанесения ущерба, но и опосредованно – путем воздействия на духовное пространство социума. Словом, речь идет о наступлении эпохи концентрических войн. Реально победу в войне одержит тот, кто, утвердив свою информационно-психологическую гегемонию, сможет контролировать сознание.

Последствиями уже случившихся военных конфликтов, аварий и катастроф являются ранения, травмы, увечья и т.п. Инвалидность, наступившая вследствие контузии, ранения, увечья или заболевания, полученных при защите Отечества, в том числе в связи с пребыванием на фронте, прохождением военной службы на территориях других государств, где велись боевые действия, или при исполнении иных обязанностей военной службы, определяется законом как инвалидность вследствие военной травмы (далее по тексту используется словосочетание «военная инвалидность») [2]. Полученная при этом инвалидность оказывает существенное влияние на изменение личности, в том числе ее сознания.

Поврежденный орган или потерянная часть тела человека до конца жизни будут напоминать человеку о самых трагических событиях в жизни. О такой травме забыть невозможно. Кто вернулся с войны, оставшись в живых, долгие годы может находиться в плену своих переживаний и воспоминаний, ему надо учиться жить заново в условиях мирной жизни, примириться с действительностью и с собой. Статистика показывает, что стрессовыми расстройствами по сей день страдают 29–45% ветеранов Второй мировой войны, 25–30% американских ветеранов вьетнамской войны [3]. Исследования, проводимые в нашей стране, показали, что среди ветеранов чеченского конфликта, находившихся на излечении в Приволжском военном округе, примерно 70% военнослужащих, получивших ранения и увечья, проявляли посттравматический синдром, а 30% больных ветеранов испытывали симптоматику посттравматических стрессовых расстройств: фобии, ночные кошмары, навязчивость, пониженный тон настроения и др. [4, с. 52].

Представляется интересным рассмотрение особенностей инвалидности как социального явления, обуславливающего различные состояния измененного сознания у лиц с ограниченными возможностями.

Сознание есть отражение действительности, при этом не только внешних объектов, но и явлений субъективной действительности (отражение отра-

жения). Потому каждый акт сознания несет в себе как определенное содержание, так и субъективное отношение к содержанию отражения: эмоционально-ценностное отношение.

Психика человека может пребывать в самых разных состояниях. Одним из первых существование иных состояний сознания, помимо обычного, обосновал американский философ и психолог У. Джеймс, сформулировав свою мысль так: «...наше нормальное, или, как мы его называем, разумное сознание, представляет лишь одну из форм сознания, причем другие, совершенно от него отличные, формы существуют рядом с ним, отделенные от него лишь тонкой перегородкой» [5, с. 301]. В этой связи можно предположить, что состояние сознания человека с военной инвалидностью (и не только военной) можно как раз относить к измененным состояниям. Если согласиться с О.В. Гордеевой и основными признаками измененного состояния сознания считать изменения внимания, восприятия, мышления, речи (внешней и внутренней), памяти, самосознания, образа тела, уровня активности, переживания и выражения эмоций, самоконтроля, системы мотивов и смыслов, а также повышение внушаемости [6], которые могут наблюдаться в большинстве своем у инвалидов (варьируя по-разному в зависимости от формы и тяжести инвалидности), то возможно рассматривать состояние сознания человека с инвалидностью как измененное. С наступлением инвалидности происходят качественные перемены в субъективных переживаниях, отражающих «внутреннюю картину болезни». Практически у каждого инвалида, а возможно, и у членов семьи, воспитывающих ребенка-инвалида (к сожалению, дети также являются жертвами вооруженных конфликтов, по данным Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), только за 10 лет 12 млн детей получили ранения или остались инвалидами [7]) или помогающих взрослому человеку с инвалидностью, наблюдается состояние сенсорной депривации: недостаток сенсорных стимулов, социальных мотивов, общественных контактов, живых впечатлений; проблемы ограничения в движениях. Сознание, полностью или частично лишённое внешней стимуляции, несомненно, подвергается изменениям, которые могут привести к торможению когнитивной, социальной или эмоциональной сферы у взрослого, а у ребенка-инвалида к задержке нормального интеллектуального и эмоционального развития.

Данная мысль созвучна с определениями измененных состояний сознания американского психолога Ч. Тарта и психиатра А. Людвига, констатирующих, что это качественные изменения в субъективных переживаниях или психологическом функционировании от определенных, генерализованных для данного субъекта норм, рефлекслируемые самим человеком или отмечаемые наблюдателями [8]. По утверждению советского психиатра и медицинского психолога В.Н. Мясищева, измененные состояния сознания могут выступать фоном психической деятельности и отражать особенности личности, а также соматический статус человека [9].

Структура сознания человека, в том числе и инвалида, включает в себя познавательные, чувственно-эмоциональные и мотивационно-волевые компоненты.

Проанализируем лишь субъективное восприятие человека с ограниченными возможностями процесса перехода от состояния «физического здоровья» к инвалидности, воспринимающегося индивидами по-разному. Соглас-

но классификации критических ситуаций, предлагаемой Ф.Е. Василюком, ситуацию инвалидности можно охарактеризовать как кризисную [10]. Субъект оказывается в ситуации невозможности реализации жизненного замысла, при котором парализована необходимость самоактуализации. Исходя из того, что ограничение жизнедеятельности касается способности личности к самоконтролю, самообслуживанию, ориентации, обучению, профессиональной деятельности, общению, передвижению, можно констатировать, что ситуация инвалидности серьезно изменяет образ жизни человека, смысл и стиль его бытия.

Для того чтобы жить и развиваться дальше, человек должен принять своё новое состояние как реальность и неизбежность возникшей «неспособности». Поэтому данный период с уверенностью можно назвать кризисом «неспособности», выделив в нем четыре стадии: шока, отрицания, признания и адаптации. На первых трёх стадиях человеку с инвалидностью требуются поддержка, помощь других людей. Инвалид в период кризиса «неспособности» нередко рассматривает себя как человека безо всякой ценности, потому что он видел таких людей, как он сам теперь, прежде. При этом многие полагали, что человек с инвалидностью не имеет никакой ценности. Последнюю стадию можно назвать стадией роста, определяющим фактором которой являются резервные возможности личности, под которыми понимаем, с одной стороны, внутриличностные резервы – индивидуальные личностные особенности, внутренний духовный потенциал, а с другой – внешние резервы, определяющиеся системой отношений, в которые включен данный индивид: социальные, экономические, культурные, религиозные и др.

Иногда человеку хватает внутреннего духовного потенциала, собственных убеждений, чтобы пережить данный кризисный период. Резервные возможности личности определяются условиями существования ограниченных возможностей или инвалидности. Но когда человеку не хватает внутренних духовных сил, то условия существования инвалидности могут явиться толчком для развития пограничных психических расстройств личности с ограниченными возможностями.

Представитель современной казанской психологической школы В.Д. Менделевич утверждает, что тип реагирования на определенное заболевание определяется двумя характеристиками: «объективной тяжестью болезни» (определяющейся критерием летальности и вероятностью инвалидизации) и «субъективной тяжестью болезни» (собственной оценкой больным его состояния) [11]. Нельзя не согласиться с В.Д. Менделевичем в том, что количественно оценить тяжесть заболевания, составить квантифицированный реестр тяжести болезней практически невозможно. Но на основании некоторых критериев, например летальности, вероятности инвалидности и потери трудоспособности, можно говорить о том, что некоторые заболевания тяжелее других.

Поэтому наиболее значимой для человека с инвалидностью является субъективная оценка своего состояния. Переживая боль, неудобства, негативную реакцию окружающих людей, отношение общества, анализируя свое состояние через субъективное ощущение тяжести болезни, человек осмысливает ситуацию, своё состояние. Осознание своих чувств, мыслей, ощущение своего тела, движений, понимание мотивов поведения, интересов, своего положения в обществе, субъективное отношение к своему состоянию и к себе самому, на формирование которого оказывают влияние как социальные факторы (пол,

возраст и профессия человека), так и индивидуально-личностные факторы (особенности характера, темперамента, качества личности), – все это в совокупности формирует самосознание.

Возможно проявление субъективных переживаний на различных уровнях: *познавательном, эмоционально-чувственном, мотивационно-волевом.*

На познавательном уровне человек узнаёт, что с получением статуса «инвалид» у него значительно сужается круг возможностей, появляются ограничения основных сфер жизнедеятельности. Он понимает, что не всегда удастся полностью вернуть утраченное здоровье, возвратиться к полноценной жизнедеятельности в обществе. По данным социологического исследования, полученным Т.А. Добровольской и Н.Б. Шабалиной по проблеме взаимоотношений инвалидов и здоровых людей, установлено, что физически здоровые люди оценивают качество жизни людей с инвалидностью значительно ниже по сравнению со своей, а самооценка качества жизни в данном случае может рассматриваться как индикатор удовлетворенности жизнью [12, с. 65].

На эмоционально-чувственном уровне проявляется весь спектр чувств, переживаний и реакций, возникающих у индивида по поводу своей инвалидности. Жалость, тревога, страх, потеря надежды, ощущение своей неполноценности, несостоятельности и ущербности – весь спектр состояний, чувств зависит от вида и степени тяжести нарушения. Инвалиды с нарушением зрения (слепые, слабовидящие) испытывают апатию, т. е. состояние полного безразличия, равнодушия, в 7% случаев. Гнев, возмущение и недовольство собой ощущают 5% опрошенных. Стыд и жалость к себе отметили 3% и 2% респондентов. Последние места занимают чувства мести, безразличия и раздражения – по 1% [13, с. 21–22].

Изучая ощущения и переживания человека с ограниченными возможностями, отечественный врач-терапевт Р.А. Лурия ввел понятие «внутренняя картина болезни», которое объединяет в себе все то, «что чувствует и переживает больной, всю массу его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [14, с. 37–52]. Несомненно, у каждого человека с инвалидностью формируется субъективное отношение к своему состоянию, существованию, заболеванию, складывается комплекс представлений, чувств и переживаний о себе как социальном субъекте, сформировавшийся в условиях инвалидизирующего заболевания [15]. Возникшие изменения в состоянии здоровья трансформируют, в свою очередь, самосознание и поведение.

На мотивационно-волевом уровне человек с проблемами здоровья переосмысливает свои потребности, интересы, устремления, определяющие дальнейшее поведение, планы и перспективы своей будущей жизни.

Прежде всего изменяется структурная и иерархическая организация потребностей. Если до перехода в инвалидизирующее состояние человек, как правило, меньше всего обращал внимание на удовлетворение витальных потребностей, потребностей общения, которые не были доминантными в сравнении с социализационными и смысложизненными, то у инвалида картина меняется. Особенно явственно ощущается дефицит общения – как следствие резкого ограничения непосредственных социальных коммуникаций. Из числа пол-

ноценного потребностного ряда у человека, обретающего инвалидность, могут вовсе исчезнуть какие-то потребности: например, интеракционистские, самоутверждения, смысла жизни и т. д.

Мотивация выступает важнейшим фактором в структуре личности с ограниченными возможностями для определения своего места в социально значимой деятельности. Общеизвестно, что отношения в российском обществе складываются таким образом, что они не способствуют появлению мотивации к труду людей с ограниченными возможностями: мест для трудовой деятельности инвалидов немного, да и работодатели не испытывают большого энтузиазма по поводу их трудоустройства. С другой стороны, в силу годами складывающихся стереотипов относительно способностей инвалидов приносить реальную пользу обществу на трудовом фронте сами они не проявляют страстного желания работать, довольствуясь небольшими пенсиями, льготами и пособиями. Хотя практика западных стран доказывает, что ограничения в жизнедеятельности – не препятствие для полноценной жизни инвалидов, если им создать соответствующие условия.

Таким образом, субъективное отношение человека к инвалидности, складывающееся из субъективных ощущений, восприятий, представлений, общей эмоциональной комфортности и осознания субъективных потребностей, формирует личностное отношение к себе самому, к инвалидности, являясь, по сути, программой жизнедеятельности. Следует указать на то, что данный феномен можно рассматривать как экзистенциальную жизненную концепцию личности, реализующуюся в условиях инвалидизирующего заболевания. В данной ситуации измененное состояние сознания может сыграть значительную роль в коррекции восприятия, переживании обретенного состояния и поведения человека с инвалидностью. Эти состояния, как показывает практика, могут служить как адаптивным, так и неадаптивным выходом для выражения собственных потребностей, желаний, чувств, эмоций человека.

Так, Арнольд Людвиг выделил две группы функций измененного состояния сознания по критерию полезности: адаптивные функции (получение нового опыта и новых знаний, психотерапевтическая, социальная); дезадаптивные функции – уход от существующей реальности (удовлетворение через такие состояния своих психологических потребностей) [8].

Среди способов продуцирования измененных состояний сознания существует социальное отчуждение, к формам и методам которого в отношении инвалидов полагаем целесообразным отнести: изгнание, общественную изоляцию, эскапизм, замещение реального мира виртуальным, мира социальной действительности исключительно миром собственной личности. Очевидно, можно привести и иные формы, причем они имеют тенденцию к эволюции, взаимопревращению, а также взаимному дополнению в зависимости от объективных причин, а также социокультурной и психологической ситуации, в которой оказывается инвалид.

Подчеркивая важность для каждого индивида активного задействования в общественной жизни, реализации своих возможностей в государстве через участие в политике, способной организовать совместную жизнь граждан, древнегреческий философ Аристотель сформулировал известный постулат: «Человек – существо политическое». Бесспорной в данном контексте является и зафиксированная в «Тезисах о Фейербахе» мысль К. Маркса о том, что

«сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивиду. В своей действительности она есть совокупность всех общественных отношений» [16, с. 3].

Отчуждение возникает и проявляется в разных сферах общественной жизни (экономике, политике, здравоохранении, образовании и т. д.), а также в разнообразных видах деятельности, например в общении. В мировосприятии значительного числа инвалидов важнейшими показателями отчуждения являются обостренное восприятие своего одиночества, которое возникает вследствие исключения индивида из системы общественных связей, а также самоотчуждение, связанное с утратой собственного «Я». О боязни одиночества, как источнике тревоги и беспокойства, свидетельствуют 25% инвалидов, при этом, с точки зрения психолога В.А. Черничкиной, «больше страдают не от физического, а от психологического одиночества: большинство из них, имея достаточно представленную сеть отношений, не могут удовлетворить психологическую потребность в отношениях с другими людьми, их сосредоточенность на своем внутреннем мире, погруженность в собственные размышления не находят понимания у близких и друзей, отсутствуют теплые, доверительные, интимные отношения» [17]. Российские исследователи отмечают, что у 70% инвалидов войны, обследованных в Центре медицинской реабилитации «Русь» в 2002 г., имеет место снижение самооценки личности, психологический уход человека в прошлое, утрата ощущения настоящего и девальвация ценности будущего [18, с. 8].

В условиях инвалидности (опять же в зависимости от характера и степени заболевания) проблема общения личности с самой собой обретает особую актуальность, выявляя диалектику одиночества и уединения. Если способность к уединению рассматривается как показатель зрелости личности, потребности ее в творчестве, сознательном саморазвитии, по меткому выражению Н. Заболоцкого, «труде души», то одиночество действует угнетающе, деструктивно, затрудняя развитие и саморазвитие личности.

В социальной практике существует объективный закон единства общения и обособления личности, где обеим сторонам активности индивида придается одинаково важное значение. Обособление осуществляется и в уединении, и в общении, при этом человек получает возможность понять и утвердить свою индивидуальность. Выделяя себя из социума, личность отличает себя от других, формирует собственную культуру. Диалектически единый процесс взаимодействия обособления и общения присущ любому человеку: складывающиеся индивидуально-личностные особенности активно проявляют себя и развиваются в ходе общения.

Преодоление одиночества – важнейшая составляющая интеграции инвалидов в общество. А.В. Суворов, доктор психологических наук, инвалид по зрению и слуху, видит возможность решения этой проблемы на пути «очеловечивания» отношений между людьми. Он подчеркивает: «Надо еще преодолеть обезчеловечивающую (отчуждающую) тенденцию, то есть привычные стереотипы реагирования, даже на самых близких. В конкретном микроколлективе кто-то один – для начала хотя бы один! – должен стать инициатором-генератором очеловечивания ситуации. То есть кто-то первым должен начать вести себя по-человечески, человечно» [19].

Стоит согласиться с позицией ученого, который будучи инвалидом, пройдя через многие испытания, считает, что для преодоления отчуждения необходимо «очеловечивать» социальное пространство вокруг себя, а также и себя внутри данного пространства, генерируя очеловеченные отношения. И тогда по закону взаимного перехода количественных изменений в качественные усилия на микроуровне каждого из нас позволят всем жить не в социальных джунглях, а именно в Обществе.

Адаптация к новому состоянию, адекватная активность человека в социальной реальности становится возможной, по утверждению П.А. Гордеева, благодаря наличию «консенсусного» сознания, которое «как общественный идеал не только выстраивает образцы коммуникации, но также осуществляет регулятивную функцию, формулируя нормы, контролирующие поведение человека в целом, способы и цели его деятельности» [20].

Психологические последствия участия в боевых действиях многообразны по содержанию, форме и динамике проявления. Закрепляясь в личностных структурах и поведении военных инвалидов, они определяют их поведение много лет спустя после окончания участия в военных событиях. С целью преодоления давящей повседневности, переживания неполноты собственного бытия, изменяя состояние своего сознания, человеку с инвалидностью возможно найти новые способы упорядочения внутреннего опыта и переживаний, изменив способ существования, доказав многомерность человеческого бытия.

Список литературы

1. Бердяев Н.А. Философия неравенства. Письма к недругам по социальной философии // Бердяев Н.А. Собр. соч. Т. 4. Париж: YMCA-Press, 1990. С. 519. URL: http://krotov.info/library/02_b/berdyayev/1918_20_11.html (дата обращения 13.01. 2018).
2. Федеральный закон от 15.12.2001 г. № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации».
3. Лазебная О.Е., Зеленова М.Е. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий// Психол. журн. 1999. Т. 20. № 5. С. 63.
4. Караяни А.Г. Психологическая работа в боевой обстановке. Самара: Штаб ПриВО, 1997. 66 с.
5. Джеймс У. Многообразие религиозного опыта: пер. с англ. М.: Наука, 1993. 432 с.
6. Гордеева О.В. Измененные состояния сознания при сенсорной депривации // Вестн. Моск. ун-та. Сер.14. Психология. 2004. № 1. С. 70–87; № 2. С. 66–83.
7. Дети и война . URL: <https://www.icrc.org/rus/resources/documents/misc/children-in-war-publication-131003.htm> (дата обращения: 12.01.2018).
8. Людвиг А. Измененные состояния сознания // Изменённые состояния сознания / под ред. Ч. Тарта. М.: Эксмо, 2003. 288 с.
9. Мясищев В.Н. Проблемы личности в психологии и медицине // Актуальные вопросы медицинской психологии. Л.: Медицина, 1974. С. 5–25.

10. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
11. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики (тезаурус психолого-психиатрических синонимов), 2000. URL: <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=969> (дата обращения: 20.06.2017).
12. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Социально-психологические особенности взаимоотношений инвалидов и здоровых // Социол. исследования. 1993. № 1. С. 79–83.
13. Лоторева Е.В. Особенности социокультурной адаптации незрячих людей в российском обществе: автореферат дисс. ... канд. социол. наук. М., 2010. 22 с.
14. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина, 1977. 387 с.
15. Морозова Е.В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. М.: Медицина. 2008. № 1. С. 42–46.
16. Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. Изд. 2-е. 1955. Т. 3. 650 с.
17. Черничкина В.А. Социально-психологические проблемы инвалидов и основные стратегии их разрешения: автореф. дис... канд. психол. наук. Ярославль, 2003. 27 с.
18. Психологическая реабилитация участников боевых действий: учеб. пособие / под общ. ред. А.Г. Караяни, М.С. Полянского. М.: Военный ун-т, 2003. 156 с.
19. Сайт Суворова Александра Васильевича [Электронный ресурс]. URL: <http://suvorov.reability.ru> (дата обращения: 16.07.2017).
20. Гордеев П.А. Необычные состояния сознания: философский анализ: дис... канд. филос. наук. Саратов, 2014. 166 с.

THE MILITARY DISABLED PHENOMENON IN THE PERSPECTIVE OF ALTERED FORMS OF CONSCIOUSNESS DISCOURSE: THE PHILOSOPHICAL ASPECT

G.V. Barinova

Russian University of Transport (MIIT), Moscow

In the articles format, the subjective experiences of people with military disability on cognitive, emotional-sensory, motivational-volitional levels are examined. In this perspective, the qualitative changes of perception, self-awareness, body image, level of activity, expression of emotions, etc. may be considered as a state of altered consciousness, acting as a backdrop for the psychic activity of a disabled person.

Among the ways of producing altered states of consciousness, the author considers some forms of social alienation widespread in the military invalids groups. Defining the states of the altered consciousness as an adaptive and non-adaptive ways out for expressing one's own needs, desires, feelings, emo-

tions, the author comes to the conclusion that using this adaptive strategy, changing the state of one's consciousness, a person with a military disability can find new paths to streamline his inner experience and emotions.

Keywords: *disability, a person with a military disability, a state of altered consciousness, subjective experiences, a state of sensory deprivation, social alienation.*

Об авторе:

БАРИНОВА Галина Викторовна – доктор философских наук, доцент, заведующий кафедрой «Философия, социология и история» ФГБОУ ВО «Российский университет транспорта (МИИТ)», г. Москва. E-mail: galina1759@mail.ru

Author information:

BARINOVA Galina Viktorovna – PhD, Associate Professor, Chair of the Dept. of «Philosophy, sociology and history», Russian University of Transport (MIIT), Moscow. E-mail: galina1759@mail.ru