

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ПОНИМАНИЕ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО ВЫБОРА:
ЖИЗНЬ В СТРАДАНИЯХ ИЛИ ЭВТАНАЗИЯ

В.В. ЗНАКОВ

Обсуждается проблема экзистенциального выбора. Эвтаназия анализируется как типичная ситуация экзистенциального выбора субъекта — врача или неизлечимо больного пациента. В эмпирическом исследовании, проведенном на 240 испытуемых, изучались связи между мировоззренческими установками, личностными свойствами людей и психологическими особенностями понимания ими дилемм, описывающих эвтаназию. В исследовании показано, что люди, верящие в Бога, в меньшей степени согласны с эвтаназией, чем неверующие. Обосновано также, что испытуемые с высоким уровнем макиавеллизма личности и низкими показателями осмысленности жизни в большей степени принимают эвтаназию, чем субъекты с низким уровнем макиавеллизма и высокими оценками по методике смысложизненных ориентаций.

Ключевые слова: субъект, понимание, экзистенциальный выбор, эвтаназия.

Психологи обычно употребляют термин «экзистенция» (существование) тогда, когда стремятся исследовать человека не как совокупность устойчивых личностных черт и моделей, а как динамические процессы его формирования и развития в качестве *существующего*; существующего — значит, человека, обладающего активной субъектной сущностью. Такой человек ежедневно делает жизненно важные экзистенциальные выборы (поступать в институт или пойти работать, разрывать ли отношения с другом, совершившим неблагоприятный поступок, и т.п.) и принимает на себя ответственность за них, основанную на его представлениях о должном. С позиции психологии человеческого бытия (у ее истоков стояли, в частности, В. Франкл и С.Л. Рубинштейн) осознание необходимости придерживаться в своем поведении морально, социально и юридически должного, т.е. определенных норм, является обязательным психологи-

ческим условием становления субъекта [10]. Морально-нравственный императив, который регулирует поступки субъекта, его представления о подлинно человеческом отношении к себе и другим, непосредственно влияет на ежедневно принимаемые им решения, экзистенциальные выборы.

Экзистенциальный выбор основан на осознанном моральном долге, вместе с тем он требует от субъекта и актуализации глубинных ценностно-смысловых образований, плохо поддающейся осознанию и вербализации. Такой акт нельзя представить как рассудочный перебор вариантов, потому что «подлинная ситуация выбора, в которой сошлись несколько жизненно существенных альтернатив, принципиально неподвластна рассудочному вычислению и вообще принципиально неразрешима в той самой горизонтальной плоскости жизни, где она возникла и проявилась. Для осуществления выбора необходим переход сознания в другое измерение, в другую — вертикальную — плоскость.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, грант 04-06-00006а.

В чем отличие “вертикальных” ценностных движений сознания от “горизонтальных”? Прежде всего в том, что своими основными результатами горизонтальная работа сознания обязана режиму активного сознания, а вертикальная — режиму функционирования сознания, называемому переживанием» [3; 303].

Экзистенциальный выбор приобретает особую значимость, когда субъект вынужден действовать и понимать ситуации, имеющие фундаментальное значение для каждого человека, например, размышлять о жизни и смерти. Понимание неизбежности собственной смерти — одна из главных экзистенциальных проблем человеческого бытия. В теории управления страхом смерти [16] утверждается, что подчинение культурным стандартам и ценностям предохраняет субъекта от чувства тревоги, возникающего вследствие понимания собственной уязвимости и смертности. Принятие общечеловеческих ценностей позволяет ему почувствовать себя необходимым, хотя и небольшим, но, безусловно, ценным участком огромной Вселенной. Сторонники теории полагают, что стремление к самоуважению, а также вера в «культурный мировой взгляд» (достижимая путем осознания себя частью цивилизации, оправдания смысла своего существования посредством соблюдения общечеловеческих норм и ценностей) — это два важных средства, которые помогают субъекту справиться с тревогой, связанной с мыслями о будущей смерти.

Согласно теории управления страхом понимание неизбежной конечности индивидуального бытия «запускает» в действие двойной механизм защиты от мыслей, связанных со смертью, — периферическую (отдаленную) защиту и проксимальную (ближайшую). Та или иная тактика защиты используется в зависимости от того, осознается или нет понимание неизбежности смерти. Так, с *осознаваемым* пониманием человек справляется с помощью рациональных защитных механизмов; он старается отвлечься от мыслей, свя-

занных со смертью, использует познавательные искажения, отодвигает размышления о смерти в отдаленное будущее, отрицает свою уязвимость в том, что может угрожать жизни. А поиски самоуважения и вера в «мировой культурный взгляд», напротив, необходимы для защиты от *неосознаваемого* понимания неизбежности смерти. Теория двойного процесса защиты от тревоги, связанной со смертью, утверждает, что проксимальная защита активизируется тогда, когда мы думаем о своей смерти, когда такие мысли отчетливо осознаваемы. Однако как только эти размышления прекращаются, а мысли отодвигаются на задний план сознания, проксимальная защита больше не нужна. Главную роль начинает играть периферическая защита, препятствующая актуализации неосознаваемого знания о неизбежности смерти [15].

С позиций психологии человеческого бытия [10] жизнь и смерть взаимосвязаны: раздумья о смерти могут как обогащать жизнь человека, изменять мировосприятие, обострять интерес к жизни, так и приводить к унынию и упадку духа. Как отмечает А.А. Баканова, «столкновение со смертью как критическая ситуация является по своей сути амбивалентной: с одной стороны, она может оказать разрушительное действие на личность (выразиться в усилившемся страхе смерти), а с другой — придать жизни смысл, сделать ее более полной и содержательной» [1; 10]. Например, осознание реальной возможности своей смерти может способствовать осознанию того, что жизнь только для себя бесполезна и бессмысленна, а настоящий смысл жизни — в открытости человека миру и другим людям. «В результате конфронтации со смертью смысл жизни подвергается определенному пересмотру и переоценке. В этой ситуации можно ожидать актуализации ценностей, являющихся ключевыми при поисках смысла жизни: самотрансценденции, самоактуализации и творчества (и отчасти гедонизма, связанного с “процессуальным” смыслом жизни)» [9; 197–198].

Серьезной экзистенциальной проблемой для любого человека является ситуация смертельного заболевания, например, онкологического. «Специфика заболеваний, угрожающих жизни, заключается в том, что они воздействуют на психику как “невидимый”, информационный стрессор, отражающий угрозу для жизни в эмоционально-когнитивных структурах, содержащих информацию о болезни. Поэтому восприятие и совладание с последствиями заболевания в большей степени осуществляется посредством когнитивной переработки. Исследования показывают, что когнитивные факторы оказывают значимое влияние не только на качество жизни онкологических больных (способны усугублять и хронифицировать негативное психологическое состояние), но и на прогноз заболевания. Негативные когнитивные схемы и убеждения также связаны с возникновением депрессивной симптоматики, играют роль в формировании психопатологических и посттравматических нарушений» [4; 8].

Если же заболевание сопровождается периодическими сильными болями, то жизненная ситуация превращается для больного в критическую; человек оказывается перед такими экзистенциальными проблемами, как необходимость принятия смерти, переосмысление жизни, принятие ответственности за совершенное и то, что он еще обязан успеть сделать. Все эти проблемы связаны с ответом на главный вопрос: есть ли смысл стремиться хотя бы ненадолго продлить жизнь, преодолевая страдания? К примеру, ситуация, в которой оказывается онкологический больной, может восприниматься либо как возможность личностного роста и развития, либо как бессмысленное страдание, продлить которое не имеет смысла. Соответственно, в этих двух случаях человек по-разному решает вопрос о допустимости эвтаназии.

В переводе с греческого языка термин «эвтаназия» означает «хорошую, благую» смерть. Различают две ее основные формы: пассивную и активную. Пассивной эвтаназией называется отказ начинать

жизнеподдерживающую терапию или ее прекращение (выключение аппарата искусственного кровообращения или искусственной вентиляции легких; выписка неизлечимо больного пациента домой и т.п.). Активная эвтаназия — это безболезненное умерщвление врачом безнадежно больного пациента; она подразделяется на три вида: убийство из сострадания к пациенту (осуществляется без учета мнения больного, как правило, когда он не может выразить своего согласия, находясь в коматозном состоянии), умерщвление пациента по его просьбе, самоубийство при помощи врача (врач дает смертельное средство в руки больного).

Проблема эвтаназии является одной из самых острых и неоднозначных проблем биоэтики, причем в большей степени моральной, чем медицинской. Дело осложняется тем, что принятие врачом решения об отказе в применении медицинских препаратов, поддерживающих жизнь безнадежно больного, может включать в себя элементы обмана или самообмана [21]. Первый проявляется тогда, когда врач, осознавая незаконность эвтаназии, вынужден найти для окружающих правдоподобное объяснение своего поступка. Самообман имеет место, в частности, в тех случаях, когда у врача наблюдается внутренний конфликт, выражающийся в отказе приравнять прекращение поддерживающей жизнь терапии к намеренным действиям, вызывающим смерть пациента. Самообман мотивирован желаниями или опасениями доктора, он может служить цели уменьшить его беспокойство, связанное с нежеланием стать одной из главных причин смерти больного.

Наиболее распространенная форма самообмана основана на вере в то, что мотив поступка совсем не тот, каким он реально является. Мотив, приписываемый себе субъектом, обычно более благороден, чем реальный повод деяния. Например, доктор говорит, что дал смертельную дозу больному потому, что хотел прекратить его мучения. Однако истинная причина эвтаназии может заключаться в под-

сознательном стремлении врача избавиться от измучившего его пациента.

А. Барнс описывает четыре условия, которые в совокупности являются основой для самообмана, проявляющегося в решениях врачей об отказе от поддерживающей жизни терапии: 1) у доктора есть беспокоящее его опасение стать причиной смерти пациента. Оно побуждает врача полагать, что смерть пациента не преднамеренна, а также верить в то, что существует что-то еще, что способствует формированию интенции к прекращению поддерживающей терапии; 2) подлинная причина неверия врача в эффективность продолжения лечения заключается в его стремлении уменьшить беспокойство в связи с тем, что смерть пациента окажется преднамеренной; 3) доктор сознательно не предубежден или эмоционально пристрастен; 4) доктор не осознает, что тревожное опасение не стать причиной смерти больного играет значительную роль в возникновении у него веры в то, что он не хочет осуществлять неэффективное лечение. О самообмане при принятии решений можно говорить только в тех случаях, когда имеют место все четыре условия [12; 124].

Из научной литературы, посвященной проблеме эвтаназии, следует, что в общем и целом врачи и юристы пока не имеют однозначного мнения по вопросу о медицинской, юридической и этической оправданности прерывания жизни безнадежно больных людей. Впрочем, этого нельзя сказать о нашем государстве с его исторически сложившейся любовью ко всяческому запрету. Как отмечают С.В. Быкова, Б.Г. Юдин и Л.В. Ясная, «в отечественных пособиях по медицинской деонтологии эвтаназия расценивается резко отрицательно, а законодательство запрещает подобную практику» [2; 366]. У нас в стране на эту тему выполнены единичные социологические опросы, а серьезных психологических исследований, насколько мне известно, вообще нет. Опрос, проведенный несколько лет назад среди 316 московских врачей, выявил, что около 35 %

из них «считают, что, вопреки официально провозглашенным юридическим и этическим нормам, эвтаназия в каких-то ситуациях допустима» [2; 367]. При этом было обнаружено, что согласны с необходимостью применения эвтаназии чаще молодые врачи в возрасте 21–30 лет, а в более старших возрастных категориях (41–50 и 51–65 лет) доля считающих эвтаназию этически оправданной убывает. Если же российские врачи все-таки приходят к заключению о необходимости отказаться от эвтаназии, то их решения о применении интенсивной поддерживающей жизни терапии оказываются более авторитарными и в меньшей степени зависимыми от желаний больных, чем у их западных коллег. Об этом свидетельствуют результаты кросскультурного исследования, проведенного в немецких городах Росток и Необранденбург, шведском Умеа и русском Архангельске [19].

В 2002–2004 гг. я проводил в Москве психологическое исследование, в котором в качестве примеров ситуации экзистенциального выбора использовались краткие описания ситуаций убийства из сострадания и активной эвтаназии по просьбе пациента.

Основная *цель* эмпирического исследования заключалась в нахождении связи между мировоззренческими установками и личностными свойствами людей и спецификой понимания ими ситуаций эвтаназии. Проверялись две *гипотезы*: 1) испытуемые, верящие в Бога, в меньшей степени согласны с применением эвтаназии, чем неверующие; 2) люди с высоким уровнем макиавеллизма личности и низкими показателями осмысленности жизни в большей степени принимают эвтаназию, чем субъекты с низким уровнем макиавеллизма и высокими оценками по методике смысложизненных ориентаций.

МЕТОДИКА

В исследовании приняли участие 240 испытуемых (142 женщины и 98 мужчин) в возрасте от 17 до 66 лет (эксперименты

помогала проводить Е.В. Шабанова). Средний возраст участников $M=29,9$ лет, стандартное отклонение $SD=12,5$.

Сначала они заполняли два опросника: Мак-шкалу [5] и методику смысложизненных ориентаций [7]. Затем каждый из испытуемых по семибалльной шкале (от «полностью согласен» до «совершенно не согласен») должен был выразить степень своего согласия с тремя следующими утверждениями.

1. Я верю, что Бог существует. (По предельно кратким ответам людей о степени их веры в существование Бога, разумеется, нельзя судить об их мировоззрении и глубине религиозных чувств. Однако задавать такой прямой «лобовой» вопрос меня побуждали, во-первых, конкретные цели исследования, не направленные на выявление меры индивидуальной религиозности испытуемых; во-вторых, отсутствие адекватных методик изучения последней.)

2. Если пациент неизлечимо болен и испытывает непереносимые боли, то врач может принять решение ввести ему смертельную дозу лекарства.

3. Если бы я был неизлечимо болен и постоянно испытывал сильные боли, то я скорее предпочел бы умереть (попросил бы врача ввести смертельное лекарство), нежели продолжать жить.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По результатам ответов испытуемых на вопросы об эвтаназии не было обнаружено ни половых различий, ни возрастных (63 испытуемых из нижнего квартиля распределения, $M=19$ лет, и 60 — из верхнего, $M=49$ лет). Статистический анализ различий проводился с использованием непараметрических критериев Колмогорова — Смирнова и Манна — Уитни.

Следующим шагом анализа данных было сравнение результатов, которые показали испытуемые с разной степенью уверенности в существовании или отсутствии Бога. Интересно, что в группу верующих попали 188 человек, а в группу неверующих — только 29; остальные 23 испытуемые не смогли хотя бы с малой степенью определенности ответить на вопрос.

Верующие люди в меньшей степени согласны с эвтаназией применительно к

себе, чем неверующие ($M=4,0$ и $M=4,8$, $p<0,03$). И обратная картина: испытуемые, не согласные с применением эвтаназии в отношении себя, в большей степени верят в Бога, чем те, кто согласен ($M=5,8$ и $M=5,2$, $p<0,001$). В отношении других людей то же: они скорее не согласны с утверждением, содержащимся в пункте № 19 Мак-шкалы: «Неизлечимо больные люди могут быть умерщвлены с их согласия» ($M=3,9$ и $M=4,6$, $p<0,03$). Однако значимых различий в вопросе о принятии решения самим врачом обнаружено не было.

Эти данные частично подтверждают первую гипотезу: верующие люди в меньшей степени согласны с применением эвтаназии, поскольку для них такой уход из жизни считается несправедливым и недопустимым. Качественный анализ суждений испытуемых показывает, что многие верующие говорят о том, что такая смерть — «это грех большой», «это может решать только Бог», «человек должен терпеть все, что пошлет ему Бог» и т.п. Приведу типичное высказывание: «Если Бог дал тебе что-то, что ты должен пройти и вытерпеть, то ты должен с этим смириться и пережить это. Можно облегчить страдания, но жизнь отбирать никто не вправе».

Таким образом, можно заключить, что верующие люди в ситуациях экзистенциального выбора, связанных с жизнью и смертью человека, склонны опираться на принципы религиозной морали, представляя как само решение вопроса, так и ответственность за него некоему трансцендентному существу, которое, как они считают, управляет их жизнью.

Вторая гипотеза была направлена на выявление связей личностных характеристик испытуемых с индивидуальными различиями в понимании ими ситуации эвтаназии.

Сравнение 63-х испытуемых, результаты которых попали в нижний квартиль распределения оценок по Мак-шкале ($M=59,1$), и 64-х испытуемых, результаты которых попали в верхний ($M=88,7$), показало следующее. Те, у кого уровень макиавеллизма ниже, давали значимо более

высокие оценки общего показателя смысловых ориентаций (М=112,2 и М=98,8, $p<0,01$), средние значения локуса контроля Я (М=22,7 и М=19,9, $p<0,01$) у них также выше. Эти испытуемые в меньшей степени согласны с применением эвтанази в отношении других людей, когда решение об этом принимает врач (М=2,8 и М=3,5, $p<0,05$), а также с применением эвтаназии по отношению к себе, чем люди с высоким уровнем макиавеллизма (М=4,2 и М=4,9, $p<0,02$). В то же время последние в большей мере согласны с утверждением из пункта № 19 Мак-шкалы: «Неизлечимо больные люди могут быть умерщвлены с их согласия», чем испытуемые с низкими показателями по макиавеллизму (М=5,0 и М=3,7, $p<0,001$).

Следовательно, люди с более высоким уровнем макиавеллизма в большей степени согласны на манипуляцию как чужой, так и своей жизнью, они понимают ситуацию эвтаназии как этически более оправданную по сравнению с людьми, обладающими низкими показателями по Мак-шкале.

Объясняя причины положительного отношения к утверждению № 2, участники исследования говорят: «Жестоко смотреть на мучения человека. Нужно помочь ему» (женщина, 32 года); «Убив смертельно больного человека, поступишь гуманно. Это лучше, чем дать ему жить и мучиться каждый день, ожидая своей кончины» (мужчина, 22 года).

Следовательно, гипотеза о том, что испытуемые с высоким уровнем макиавеллизма личности и низкими показателями осмысленности жизни в большей степени принимают эвтаназию, чем субъекты с низким уровнем макиавеллизма и высокими оценками по методике смысловых ориентаций, полностью подтвердилась результатами эмпирического исследования.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Исследование показало, что в вопросе о применении эвтаназии макиавеллисты игнорируют мнение самого больного.

Объясняя такое понимание ситуации благими намерениями, они рассматривают ее исключительно со своей точки зрения и не принимают в расчет его мнение. Обосновывая гуманными мотивами не только допустимость, но и моральную оправданность манипуляции жизнью больного, они фактически перестают видеть в нем субъекта, который, возможно, понимает ситуацию иначе, но вследствие слабости здоровья не в силах сказать об этом. Вероятно, основная причина «спокойного» отношения к эвтаназии у людей с высоким уровнем макиавеллизма в общении заключается в том, что они ориентируются не на собеседника, а на себя; при принятии решений они нередко игнорируют мнения других. Видимо, поэтому они соглашались на манипуляцию чужой жизнью.

Труднее объяснить, почему макиавеллисты, склонные к самостоятельному принятию решений и оценивающие себя как субъектов собственной жизни, согласны на применение эвтаназии также и по отношению к себе, иначе говоря, почему они проявляют готовность стать объектом манипулятивных действий со стороны медицинского персонала. Психологический анализ ответа на этот вопрос требует как когнитивных способов объяснений, так и обращения к экзистенциальной плоскости жизни людей, рассмотрения проблемы с позиций психологии человеческого бытия.

Экзистенциально важное и непростое для каждого человека решение о прекращении своего бытия в мире невозможно без размышлений о ценностях жизни и смерти. В процессе рассуждений осуществляется соотнесение представлений субъекта о значимости неповторимой, уникальной собственной личности и препятствующей ее дальнейшему развитию и существованию «бренной телесной оболочки». Подобные размышления направлены на отчуждение субъекта от своего страдающего тела, на попытки взглянуть на него с разных сторон и ролевых позиций. Отчуждение неизбежно еще и потому, что топология субъекта не совпадает с эмпи-

рическими границами его тела, а само понятие «субъект» иногда трактуется как то, что рождается на границе индивидуального опыта и «иного», чужого содержания социальных ситуаций [11].

В качестве возможного теоретического объяснения полученных в моем исследовании эмпирических данных целесообразно использовать представления У. Найссера о пятикомпонентной структуре Я-концепции [17], [18]. Он считает, что разномыслие мира, в котором живут люди, отражается во взаимосвязанных компонентах их Я-концепций. В фокусе самоанализа неизлечимо больного пациента оказываются, прежде всего, его *экологическое Я* и *субъективное Я* (*the private self*). Под экологическим Я У. Найссер имеет в виду конкретного человека, естественно, обладающего телом, находящегося в конкретном месте и вовлеченного в определенную деятельность. Понятие экологического Я включает не только тело, но и, в частности, одежду человека, однако только ту, которая в данный момент на нем; принадлежащий субъекту, но висящий в шкафу или находящийся в химчистке пиджак не имеет прямого отношения к экологическому Я. Субъективное Я отражает тот очевидный факт, что каждый из нас имеет личный опыт, который недоступен кому-то другому (к нему относятся, например, сны). Опыт включает также телесные ощущения, переживания и субъективную оценку поступков — собственных и других людей [17].

Экологическое Я и субъективное Я имеют самое непосредственное отношение к внутренней картине болезни. В частности, как показано в диссертации О.А. Вороны, у женщин, прооперированных в связи с раком молочной железы, под влиянием болезни снижается самооценка, ощущение ценности, значимости собственного Я и, наоборот, нарастает убеждение в своей неудачливости, неспособности контролировать происходящие с ними события [4]. Выявленные в описанном выше исследовании личностные характеристики испытуемых с высоким уровнем

макиавеллизма очень сходны с соответствующими характеристиками онкологических больных. Низкие значения показателей смысложизненных ориентаций и локуса контроля Я свидетельствуют о неверии человека в себя, неспособности контролировать происходящее с ним, а также строить жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле [7].

Еще одним компонентом Я-концепции является *межличностное Я*. Говоря о межличностном Я, психологи имеют в виду того же субъекта, изучаемого с другой точки зрения: включенного в общение лицом к лицу с другими. Если экологическое Я относится к физической среде, то межличностное Я соотносимо с социальными взаимодействиями. Мы видим себя одновременно и объектом внимания другого человека, и создателем взаимодействия. Мы непосредственно воспринимаем чувства других, так как из опыта знаем, что существует соответствие между испытываемыми чувствами и их выражением [18].

Медико-психологические исследования показывают, что у неизлечимо больных людей с выраженными признаками посттравматического стресса межличностное Я изменяется. Их базисные представления о мире приобретают негативный оттенок: окружающих людей они считают враждебными, недоброжелательными, опасными и не достойными доверия [4]. Следовательно, у таких больных начинает проявляться сходство с типичными экзистенциальными установками, жизненными принципами макиавеллистов. Макиавеллизм как личностная характеристика в целом отражает неверие субъекта в то, что большинству людей можно доверять, что они альтруистичны, независимы, обладают сильной волей. Высокие оценки по Мак-шкале положительно коррелируют с подозрительностью, враждебностью, экстернатностью [5].

На основании описанных выше фактов и рассуждений, по-моему, весьма правдоподобно заключение о том, что «базисные убеждения» [8] и личностные осо-

бенности субъектов с высоким уровнем макиавеллизма личности способствуют такому пониманию ими обсуждаемой ситуации, в соответствии с которым они готовы на эвтаназию применительно к себе; они могут спрогнозировать ощущение собственной беспомощности, неспособности влиять на положительное развитие событий, мнимой (а в некоторых случаях и действительной) недоброжелательности родных и близких, враждебности медицинского персонала и т.п. Вследствие этого они принимают «логичное» решение об эвтаназии по отношению к себе.

Разумеется, приведенное мной объяснение не может быть единственным и абсолютно верным — нужны дальнейшие психологические исследования.

Проведенное исследование имело пилотажный характер. Оно проводилось не для того, чтобы получить окончательные ответы на поставленные вопросы, а для того, чтобы выявить перспективные направления психологического анализа понимания проблем, связанных с эвтаназией.

Одно направление психологических исследований эвтаназии очевидно: сравнение мнений неспециалистов с мнениями разных групп врачей. Суждения докторов об эвтаназии формируются на основе множества факторов, которые еще предстоит изучить. Например, молодые врачи, а также те, кто чаще имеет дело с безнадежно больными пациентами, терпимее относятся к возможности безболезненной добровольной смерти. Упомянутый выше опрос показал, что более толерантно к эвтаназии относятся те врачи-специалисты, которые ближе всех находятся к тяжело больным пациентам и чаще других вынуждены принимать ответственные решения об их судьбе: «Чем ближе врачи к “изголовью постели” больного и чем чаще (в силу места работы, занимаемой должности или медицинской специализации) им приходится иметь дело с пациентами, чье состояние критическое, тем более терпимы они в отношении эвтаназии» [2; 370]. А количество факторов, которые влияют на формирование точек зрения на

эвтаназию у неспециалистов, различающихся по мировоззренческим установкам, личностным, профессиональным и другим качествам, просто не поддается описанию. Все это свидетельствует о большом потенциале будущих психологических исследований.

Другое перспективное направление исследований — выявление личностных и половых различий врачей и пациентов, участвующих в ситуации эвтаназии. Я исследовал только макиавеллизм личности и смысложизненные ориентации испытуемых. Между тем на формирование решения об эвтаназии, по-видимому, влияет также склонность субъекта к принятию на себя ответственности в разных жизненных обстоятельствах, проявляющаяся в соотношении интернальных и экстернальных качеств его личности [14]. Как было показано выше, значимым компонентом понимания ситуации эвтаназии может оказаться самообман — он тоже должен стать предметом психологического анализа. Не менее важными могут оказаться навыки рефлексивного самоанализа субъекта, а также преимущественно когнитивная, конкретно-ситуативная или экзистенциальная, бытийная направленность его самопонимания [6].

В настоящее время в психологической литературе накоплено немало данных о половых различиях в понимании вопросов, имеющих непосредственное отношение к эвтаназии. Например, женщины-врачи в большей мере, чем мужчины, склонны сообщить больному неблагоприятный диагноз, т.е. сказать правду [20]. В целом результаты психологических исследований выявили тенденцию, в соответствии с которой женщины, как правило, получают более высокие оценки по методикам, выявляющим приверженность этическим нормам и социальной ответственности [13].

Один из аргументов, приводимых в защиту эвтаназии, называется «экономическим»: средства и усилия, направленные на спасение безнадежно больных пациентов, могут быть использованы с большей пользой. Очевидно, что «экономиче-

ский» аргумент с моральной точки зрения недопустим. Такой подход к человеку как объекту манипуляции имел печальный пример в истории человечества, когда нацисты проводили программы «оздоровления нации». Кроме того, по данным специалистов, средства, затрачиваемые на умирающих больных, не столь велики, как предполагали сторонники «экономического» аргумента.

Учитывая, что в здравоохранении работает значительное число женщин, безынтересными представляются психологические исследования половых различий в готовности к принятию ответственности. В одном из них было обнаружено, что женщины, входящие в правление компаний, в меньшей степени ориентированы на экономические показатели и в большей — на действия по собственному усмотрению, чем мужчины. При выборе организационных воздействий они оценивали социальную ответственность как более важную, чем экономическую. Женщины демонстрируют большее внимание к неэкономическим типам ответственности, чем мужчины: у них показатели социального и морального долга перед окружающими их людьми оказываются выше, чем ответственность за экономическую выгоду предприятия [13]. Эти данные позволяют предположить, что врачи женского и мужского пола вряд ли одинаково будут восприимчивы к «экономическому» аргументу.

Наконец, третье направление исследований связано с психологией субъекта, принимающего сознательное решение о жизни или смерти. Поскольку в этой роли могут выступать и врач, и больной, изучение различных субъектных источников активности принятия решений представляется мне интересным и научно значимым. Это относится прежде всего к лечащим врачам. В настоящее время в медицине многих стран, в том числе России, применяется так называемый патерналистский подход к пациенту. В медицине сложилась традиция, согласно которой именно врач определяет, *что* будет благом для па-

циента. Медицинский патернализм оправдывает действия врача, который при лечении руководствуется своими представлениями о том, *что* является для пациента полезным, а *что* может навредить. Это касается и лечения, и информирования, и консультирования. Позиция патерналиста, в частности, оправдывает принуждение пациентов и утаивание от них информации. Доктор, придерживающийся патерналистских взглядов, рассматривает больного не как равноправного субъекта, а как объект, бездушную вещь, которой он профессионально манипулирует.

Однако и у безнадежно больного субъектная сущность его человеческой природы тоже может ярко проявляться в четком осознании приемлемости или, наоборот, недопустимости эвтаназии по отношению к нему. Субъектные качества пациента имеют особое значение в тех странах, где эвтаназия разрешена законом. Например, в клиниках многих штатов США за находящимися в здравом рассудке взрослыми больными законодательно закреплено право требовать или отказываться от любых форм медицинского лечения. Соглашаться или отказываться от лечения — неотъемлемое право субъекта, принявшего решение о том, предстоит ему жить или умереть.

Проблема управления жизнью человека, превращающегося из субъекта в объект манипулирования, сегодня актуальна не только в контексте анализа религиозного сознания и межличностного общения в медицинской практике. «Субъектом», манипулирующим сознанием своих граждан, может быть и государство, вольно или невольно превращающее людей в бездушные винтики огромной машины — машины подавления. В условиях жизни в переходном обществе, к которому можно отнести и нашу страну, распространенными способами антисубъектного принуждения людей оказываются различные формы искажения информации — неправда, ложь, обман и другие. Все они требуют тщательного исследования и психологического анализа.

1. *Баканова А.А.* Отношение к жизни и смерти в критических жизненных ситуациях: Автореф. канд. дис. СПб.: РПГУ им. А.И. Герцена, 2000.
2. *Биоэтика: принципы, правила, проблемы* / Под ред. Б.Г. Юдина. М.: Эдиториал УРСС, 1998.
3. *Василюк Ф.Е.* Психотехника выбора // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Шур. М.: Смысл, 1997. С. 284–314.
4. *Ворона О.А.* Психологические последствия стресса у больных раком молочной железы: Автореф. канд. дис. М.: ИП РАН, 2005.
5. *Знаков В.В.* Методика исследования макиавеллизма личности. М.: Смысл, 2001.
6. *Знаков В.В.* Самопонимание субъекта как когнитивная и экзистенциальная проблема // Психол. журн. 2005. Т. 26. № 1. С. 18–28.
7. *Леонтьев Д.А.* Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М.: Смысл, 2000.
8. *Падун М.А., Тарабрина Н.В.* Когнитивно-личностные аспекты переживания посттравматического стресса // Психол. журн. 2004. Т. 25. № 5. С. 5–15.
9. *Попогребский А.П.* Смысл жизни и отношение к смерти // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Шур. М.: Смысл, 1997. С. 177–199.
10. *Субъект, личность и психология человеческого бытия* / Под ред. В.В. Знакова и З.И. Рябикиной. М.: ИП РАН, 2005.
11. *Тхостов А.Ш.* Топология субъекта (опыт феноменологического исследования) // Вест. МГУ. Сер. 14. Психология. 1994. № 2. С. 3–13; № 3. С. 3–12.
12. *Barnes A.* Seeing through self deception. Cambridge: Cambr. Univ. Press, 1997.
13. *Burton B.K., Hegarty W.H.* Some determinants of student corporate social responsibility orientation // *Business & Society*. 1999. V. 38. Iss. 2. P. 188–205.
14. *Gable M., Dangello F.* Locus of control, machiavellianism and managerial job performance // *J. Psychology*. 1994. V. 128. N 5. P. 599–608.
15. *Greenberg J.* et al. Proximal and distal defenses in response to reminders of one's mortality: Evidence of a temporal sequence // *Pers. and Soc. Psychol. Bull.* 2000. V. 26. N 1. P. 91–99.
16. *Harmon-Jones E.* et al. Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduces mortality salience effects // *J. Pers. and Soc. Psychol.* 1997. V. 72. N 1. P. 24–36.
17. *Neisser U.* Five kinds of self-knowledge // *Philosoph. Psychol.* 1988. V. 1. N 1. P. 35–59.
18. *Neisser U.* The self perceived // Neisser U. (ed.). *The perceived self. Ecological and interpersonal sources of self-knowledge.* Cambridge: Cambr. Univ. Press, 1993. P. 3–21.
19. *Richter J., Eisemann M., Zgonnikova E.* Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany // *J. Med. Ethics*. 2001. V. 27. N 3. P. 186–191.
20. *Robinson W.P., Shepherd A., Heywood J.* Truth, equivocation/concealment and lies in job applications and doctor – patient communication // *J. Language and Soc. Psychol.* 1998. V. 17. N 2. P. 149–164.
21. *Sayers G.M., Perera S.* Withholding life prolonging treatment and self deception // *J. Med. Ethics*. 2002. V. 28. N 6. P. 347–352.

Поступила в редакцию 12.IV 2005 г.