

УДК 159.9  
ББК 88  
Р 17

*Все права защищены.  
Любое использование материалов данной книги полностью  
или частично без разрешения правообладателя запрещается*

Редакционная коллегия:

Ю. И. Александров, Н. Г. Артемцева, Т. И. Артемьева, В. А. Барабанщиков, Г. А. Виленская, М. И. Воловикова, Л. Г. Дикая, Т. В. Дробышева, Т. П. Емельянова, А. Л. Журавлев (ответственный редактор), В. А. Кольцова (ответственный редактор), Т. А. Кубрак, Е. А. Никитина, Г. В. Ожиганова, Н. Д. Павлова, Т. А. Ребеко, П. А. Сабодаш, Е. А. Сергиенко, Н. В. Тарабрина, Б. Н. Тугайбаева (ответственный секретарь), Д. В. Ушаков, Е. В. Харитонова, Н. Е. Харламенкова, Н. Н. Хашченко, М. А. Холодная, Е. Н. Холондович, А. М. Черноризов, А. В. Юревич

**Р 17 Развитие психологии в системе комплексного человекознания. Часть 1 / Отв. ред. А. Л. Журавлев, В. А. Кольцова.** – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. – 828 с.

ISBN 978-5-9270-0246-7

УДК 159.9  
ББК 88

Данный научный труд в двух частях включает материалы Всероссийской научной конференции, посвященной двум юбилеям – 40-летию создания Института психологии РАН и 85-летию его основателя и первого директора, члена-корреспондента РАН, известного ученого Бориса Федоровича Ломова (1927–1989). Материалы книги, с одной стороны, отражают сложившуюся в настоящее время в современной психологической науке систему основных отраслей, научных направлений и проблем, с другой стороны, преимущественно представляют результаты тех исследований, которые основаны на методологии комплексного человекознания, системном и других интеграционных подходах, разрабатываемых в отечественной психологии. На огромном и разноплановом материале продемонстрирована значимость и продуктивность межпредметных и мультидисциплинарных связей в исследовании сложных и целостных психических явлений. Структура данного труда отражает структуру основных направлений научных разработок, осуществляющихся сегодня в лабораториях Института психологии РАН, и научных школ, исторически сложившихся и активно развивающихся в настоящее время.



*Издание подготовлено при финансовой поддержке Президиума РАН и Российского гуманитарного научного фонда (РГНФ), проект 12-06-14206г «Всероссийская юбилейная конференция, посвященная 40-летию ИП РАН и 85-летию Б. Ф. Ломова „Психология в системе комплексного человекознания: история, современное состояние и перспективы развития“»*

© ФГБУН Институт психологии РАН, 2012

ISBN 978-5-9270-0246-7

Аракелов Г. Г., Шотт Е. К. КГР как проявление эмоциональных, ориентировочных и двигательных составляющих стресса // Психологический журнал. 1988. № 4.

Бизюк А. П. Компендиум методов нейропсихологического исследования. СПб., 2005.

Бодров В. А. Информационный стресс. М., 2000.

Бодров В. А., Федорук А. Г. Исследование функциональной асимметрии парных органов у лиц летного состава // Военно-медицинский журнал. 1985. № 7.

Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А. Функциональная асимметрия человека. М., 1988.

Грановская Р. М. Элементы практической психологии. Л., 1988.

Леутин В. П., Николаева Е. И. Психофизиологические механизмы адаптации человека и функциональная асимметрия мозга. Новосибирск, 1988.

Митюшов М. И. Экстрагипоталамическая и гипоталамическая реакции на стресс // Стресс и его патогенетические механизмы. Кишинев, 1973.

Николаева Е. И. Психофизиология. Психологическая физиология с основами физиологической психологии. М., 2003.

Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Самара, 2000.

Романов Г. М., Туркина Н. В., Колпацников Л. С. Человек и дисплей. Л., 1986.

Русалова В. М. Межполушарная организация эмоционального напряжения у человека // Механизмы развития стресса. Кишинев, 1987.

Русалова М. Н. Экспериментальные исследования эмоциональных реакций человека. М., 1979.

Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960.

Семенович А. В. Актуальные проблемы нейропсихологической квалификации отклоняющегося развития // Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста / Под ред. Л. С. Цветковой. М., 2001.

Скворцов И. А., Адашинская Г. А., Нефедова И. В. Модифицированная методика нейропсихологической диагностики и коррекции при нарушениях развития высших психических функций у детей. М., 2000.

Суходоев В. В. Оценка компонентов активации психофизиологического состояния человека по кожно-гальваническим реакциям // Психологический журнал. 1997. № 5.

Ханнафорд К. Мудрое движение. М., 1998.

Хомская Е. Д. и др. Методы оценки межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия. М., 1995.

Хомская Е. Д. Латеральная организация мозга как нейропсихологическая основа типологии нормы: Хрестоматия по нейропсихологии. М., 2004.

Хомская Е. Д. Об асимметрии блоков мозга: Хрестоматия по нейропсихологии. М., 2004а.

Хомская Е. Д., Ефимова И. В., Сироткин Е. Б. Межполушарная асимметрия и произвольная регуляция интеллектуальной деятельности // Вопросы психологии. 1988. № 12.

Цагарелли Ю. А. Активациометр универсальный. Руководство по эксплуатации. Казань, 1996.

Цветкова Л. С. Методика нейропсихологической диагностики детей. М., 2000.

## ВОЗРАСТНЫЕ, ПОЛОВЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ПОНИМАНИИ ЭВТАНАЗИИ<sup>1</sup>

В. В. Знаков (Москва)

### Постановка проблемы

Понимание неизбежности собственной смерти – одна из главных экзистенциальных проблем человеческого бытия. В теории управления страхом смерти (Harmon-Jones et al., 1997) 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 необходимой, хотя и небольшой, но, безусловно, ценной частью огромной Вселенной. Сторонники теории полагают, что стремление к самоуважению, а также вера в «культурный мировой взгляд», достигаемая путем осознания се-

бя частью цивилизации, оправдания смысла своего существования посредством соблюдения общечеловеческих норм и ценностей – два важных средства, помогающих 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, чтобы справиться с осознаваемыми и неосознаваемыми аспектами человеческой смертности. Так, от *осознаваемого* понимания неизбежности смерти человек защищается с помощью рациональных защитных механизмов. Их суть состоит в том, что люди стараются отвлечься от мыслей, связанных со смертью, ис-

<sup>1</sup> Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, грант № 07-06-00059а.

пользуют познавательные искажения, отодвигают размышления о смерти в отдаленное будущее, отрицают свою уязвимость по отношению к чему-то, что может угрожать жизни. А поиски самоуважения и вера в «мировой культурный взгляд», напротив, необходимы для защиты от *неосознаваемых* знаний о неизбежности смерти. Теория двойного процесса защиты от тревоги, связанной со смертью, утверждает, что проксимальная защита активизируется тогда, когда человек думает 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, предназначенная для того, чтобы препятствовать актуализации неосознаваемого знания о неизбежности смерти (Greenberg et al., 2000).

С позиций психологии человеческого бытия (Субъект..., 2005), жизнь и смерть взаимозависимы: 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» (Баканова, 2000, С. 10). Например, осознание реальной возможности своей смерти может способствовать осознанию того, что жизнь только для себя бесполезна и бессмысленна, а настоящий ее смысл – 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)» (Попогребский, 1997, с. 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 про-

гноз заболевания. Негативные когнитивные схемы и убеждения также связаны с возникновением депрессивной симптоматики, играют роль в формировании психопатологических и посттравматических нарушений» (Ворона, 2005, с. 8).

Если же заболевание сопровождается периодическими сильными болями, то жизненная ситуация превращается для больного в критическую. В подобной ситуации человек оказывается перед такими экзистенциальными проблемами, как необходимость принятия смерти, переосмысление жизни, осознание ответственности за свершенное 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? Люди неодинаково могут относиться к ситуации, к примеру, онкологического заболевания. Она 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 эвтанази.

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. Активная эвтаназия, в свою очередь, 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. 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 всяческим запретам. 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» (Биоэтика..., 1998, с. 366). У нас в стране на эту тему выполнены единичные социологические опросы, а серьезных психологи-

ческих исследований, насколько 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» (там же, с. 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.

В 2004–2006 гг. было проведено психологическое исследование, в котором в качестве примеров ситуации экзистенциального выбора использовались краткие описания ситуаций убийства из сострадания и активной эвтаназии по просьбе пациента.

Цель проведенного мною эмпирического исследования заключалась в нахождении связи между возрастом, полом, мировоззренческими установками, личностными свойствами людей и пониманием-принятием или пониманием-отвержением ими ситуаций, включающих эвтаназию.

В исследовании проверялись *четыре гипотезы*.

*Первая гипотеза* заключалась в том, что юноши и девушки в большей степени согласны с применением эвтаназии, чем мужчины и женщины второго периода взрослости (Ананьев, 1968).

*Вторая гипотеза* – мужчинам присуще понимание-принятие эвтаназии, а женщинам – понимание-отвержение.

*Третья гипотеза* – испытуемые, верящие в Бога, в меньшей степени согласны с применением эвтаназии, чем неверующие.

*Четвертая гипотеза* – 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.

## Описание выборки

Исследование проводилось в Смоленске и Самаре на 285 испытуемых (165 женщинах и 120 мужчинах) в возрасте от 16 до 66 лет<sup>1</sup>. Средний возраст участников –  $M = 25,7$ , стандартное отклонение –  $SD = 9,97$ .

## Методики исследования

Сначала испытуемые заполняли два опросника: Мак-шкалу (Знаков, 2001) и методику смысложизненных ориентаций (Леонтьев, 2000). Затем каждый из испытуемых по 6-балльной шкале (от «полностью согласен» до «совершенно не согласен»)

<sup>1</sup> В проведении экспериментов принимали участие А. В. Мазина и М. Ю. Пелёвин.

должен был выразить степень своего согласия с тремя утверждениями:

1. «Я верю, что Бог существует»<sup>2</sup>.
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».

Статистический анализ различий между среднеарифметическими результатов разных групп испытуемых проводился с использованием непараметрических критериев Колмогорова–Смирнова и Манна–Уитни, а также  $\chi^2$  Пирсона.

## Результаты исследования

Возрастных различий в ответах на два вопроса об эвтаназии не обнаружено: ни при разделении выборки по медиане, ни при сравнении 101 испытуемого из нижнего квартиля ( $M = 18,7$ ) и 75 из верхнего ( $M = 39,5$ ). Таким образом, первая гипотеза не подтвердилась.

При разделении выборки по полу были выявлены значимые различия в ответах испытуемых на третий вопрос: мужчины в большей степени, чем женщины, согласны с применением эвтаназии по отношению к себе ( $M = 4,18$  и  $M = 3,63$ ,  $p < 0,05$ ). Однако о статистически значимом согласии можно говорить только про мужчин: 85 из них попали в группу «согласных» и только 35 – «несогласных» ( $\chi^2 = 20,83$ ,  $p < 0,001$ ). Из 165 женщин 78 согласились с применением эвтаназии по отношению к себе, 87 – нет (различия незначимы). Эти результаты свидетельствуют, что мужчины понимают-принимают ситуацию эвтаназии. Про женщин такого заключения сделать нельзя: нет достаточных статистических оснований для суждений ни о понимании-принятии, ни о понимании-отвержении. Половых различий в ответах на вопрос о принятии решений врачом не выявлено. Следовательно, вторая гипотеза о понимании-принятии эвтаназии мужчинами и понимании-отвержении женщинами подтвердилась не полностью, а частично.

Следующим шагом в анализе данных было сравнение результатов испытуемых, с разной степенью уверенности убежденных в существовании или отсутствии Бога. Интересно, что в первую группу («согласных») попали 241 чел., а во вто-

<sup>2</sup> 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 побуждали, во-первых, конкретные цели исследования, не направленные на выявление меры индивидуальной религиозности испытуемых; во-вторых, отсутствие адекватных методик изучения последней.

рую («несогласных») – только 44. Верующие люди в меньшей степени согласны с эвтаназией применительно к себе, чем неверующие ( $M = 2,9$  и  $M = 3,8$ ,  $p < 0,03$ ). И обратная картина: испытуемые, несогласные с применением эвтаназии в отношении себя, в большей степени верят в Бога, чем те, кто согласен ( $M = 2,8$  и  $M = 4,2$ ,  $p < 0,001$ ). В отношении других людей установлено то же: они скорее не согласны, чем согласны с утверждением, содержащимся в вопросе № 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 третью 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*»; что «*это может решать только Бог*», что «*человек должен терпеть все, что пошлет ему Бог*» и т. д. 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, предоставляя как само решение вопроса, так и ответственность за него некоему трансцендентному существу, которое, как они считают, управляет их жизнью.

Четвертая гипотеза была направлена на выявление связей личностных характеристик испытуемых с индивидуальными различиями в понимании-принятии или понимании-отвержении ими ситуации эвтаназии.

Сравнение испытуемых из нижнего квартиля распределения оценок по Мак-шкале ( $M = 59,1$ ) и из верхнего, ( $M = 88,7$ ) показало следующее. У тех, у кого уровень макиавеллизма ниже, значимо более высокие оценки общего показателя смысловых ориентаций ( $M = 112,2$  и  $M = 98,8$ ,  $p < 0,01$ ). У них также выше средние значения локуса контроля «Я» ( $M = 22,7$  и  $M = 19,9$ ,  $p < 0,01$ ). Эти испытуемые в меньшей степени согласны с применением эвтаназии в отношении других людей, когда решение об этом принимает врач ( $M = 2,8$  и  $M = 3,5$ ,  $p < 0,05$ ). Они также менее согласны с применением эвтаназии по отношению к себе, чем люди с высоким уровнем макиавеллизма ( $M = 3,2$  и  $M = 4,9$ ,  $p < 0,001$ ). В то же время последние более согласны с утверждением из вопроса № 19 Мак-шкалы: «*Неизлечимо больные люди могут быть умерщвлены с их согласия*», чем испы-

туемые с низкими показателями по макиавеллизму ( $M = 5,0$  и  $M = 3,7$ ,  $p < 0,001$ ).

Следовательно, люди с более высоким уровнем макиавеллизма в большей степени согласны на манипуляцию как чужой, так и своей жизнью, чем люди с низкими показателями по Мак-шкале. Они понимают ситуацию эвтаназии как этически более оправданную, чем люди с меньшим уровнем макиавеллизма. 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, поступаешь 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 подтверждается результатами эмпирического исследования.

## Обсуждение результатов

Исследование показало, что в вопросе о применении эвтаназии макиавеллисты игнорируют мнение самого больного. Обосновывая такое понимание ситуации благими намерениями, они рассматривают ее исключительно со своей точки зрения, не принимая в расчет мнение больного. Обосновывая гуманными мотивами не только допустимость, но и моральную оправданность манипуляции жизнью больного, они фактически перестают видеть в нем субъекта. Субъекта, который, возможно, понимает ситуацию иначе, но вследствие слабости здоровья не в силах сказать об этом. Вероятно, основная причина такого понимания ситуации эвтаназии заключается в том, что люди с высоким уровнем макиавеллизма в общении ориентируются не на собеседника, а на себя. При принятии решений эти испытуемые нередко игнорируют мнения других. Видимо, поэтому они соглашались на манипуляцию чужой жизнью. Таково рациональное объяснение возможных причин положительного ответа на вопрос № 2 испытуемыми с высоким уровнем макиавеллизма личности.

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, попытку взглянуть на него с разных сторон и ролевых позиций. Отчуждение неизбежно еще и потому, что топология субъекта не совпадает с эмпирическими границами его тела, а само понятие «субъект» иногда трактуется как то, что рождается на границе индивидуального опыта и «иного», чужого содержания социальных ситуаций (Тхостов, 1994).

В качестве возможного теоретического объяснения полученных в исследовании эмпирических данных целесообразно использовать представления У. Нейссера о пятикомпонентной структуре Я-концепции (Neisser, 1988). По Нейссеру, разнообразие 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» Нейссер имеет в виду конкретного человека, естественно обладающего телом, находящегося в конкретном месте и вовлеченного в определенную деятельность. Понятие «экологическое Я» включает не только тело, но и, в частности, одежду человека, однако, только ту, в которую он в данный момент одет. 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 (Neisser, 1988).

«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 собственной неудачливости, неспособности контролировать происходящие с ними события (Ворона, 2005). Выявленные в описанном выше исследовании личностные характеристики испытуемых с высоким

уровнем макиавеллизма очень сходны с онкологическими больными. Низкие значения показателей смысловых 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 об ее смысле (Леонтьев, 2000).

Еще одним компонентом Я-концепции является «межличностное Я», под которым психологи имеют в виду того же субъекта, изучаемого с другой точки зрения его включенности 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 (Neisser, 1993).

Медико-психологические исследования показывают, что у неизлечимо больных людей с выраженными признаками посттравматического стресса «межличностное Я» изменяется. Их базисные убеждения о мире приобретают негативный оттенок: окружающих людей они считают враждебными, недоброжелательными, опасными и недостойными доверия (Ворона, 2005). 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, экстернальностью (Знаков, 2001).

На основании описанных выше фактов и рассуждений, по-моему, весьма правдоподобно заключение о том, что «базисные убеждения» (Падун, Тарабрина, 2004) и личностные особенности субъектов с высоким уровнем макиавеллизма личностно способствуют такому пониманию ими обсуждаемой ситуации, в соответствии с которым они готовы на эвтаназию применительно к себе. В результате понимания ситуации 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.

## Перспективные направления дальнейших исследований психологических аспектов проблемы эвтаназии

Проведенное исследование имело пилотажный характер. Его основная цель заключалась не в получении окончательных ответов на поставленные вопросы, а в выявлении перспективных направлений психологического анализа понимания комплекса проблем, связанных с эвтаназией. Эти проблемы определяют главные направления будущих исследований.

Одно направление психологических исследований эвтаназии очевидно: сравнение мнений неспециалистов с разными группами 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 тяжелобольным 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» (Биоэтика, 1998, С. 370). А количество факторов, влияющих 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 психологического анализа понимания ситуации эвтаназии – выявление личностных и половых различий участвующих в ней врачей и пациентов. Я исследовал только макиавеллизм личности и смыслжизненные ориентации испытуемых. Вместе с тем на формирование решения об эвтаназии, по-видимому, влияет склонность субъекта к принятию на себя ответственности в разных жизненных обстоятельствах, проявляющаяся в соотношении интернальных и экстернальных качеств его личности (Gable, Dangelo, 1994). 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.

В настоящее время в психологической литературе накоплено немало данных о половых различиях в понимании вопросов, имеющих непосредственное отношение к эвтаназии. Например, в ситуациях, когда больному необходимо сообщить неблагоприятный диагноз, женщины-врачи с большей вероятностью, чем мужчины, соглашаются с тем, что правда должна быть сказана; они не склонны соглашаться с ложью (Robinson et al., 1998). 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, чем мужчины (Burton, Hegarty, 1999).

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 «экономический» 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 предполагают сторонники «экономического» аргумента.

Учитывая, что в здравоохранении работает значительное число женщин, небезынтересными представляются психологические исследования половых различий в готовности к принятию ответственности. В одном из них было обнаружено, что женщины, входящие в члены правления компаний, менее экономичны в управлении и более ориентированы на действия по собственному усмотрению, чем мужчины. При выборе организационных воздействий они оценивают 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 (Burton, Hegarty, 1999). Эти данные позволяют предположить, что врачи женского пола вряд ли одинаково будут восприимчивы к «экономическому» аргументу.

Наконец, третье направление связано с психологией субъекта, принимающего сознательное решение о жизни или смерти. Поскольку в этой роли могут выступать и врач, и больной, то изучение различных субъектных источников активности принятия решений мне представляется интересным и научно значимым. Прежде всего, это относится 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 пациента. 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 патернализма, 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, предостит 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 др. Все они требуют тщательного исследования и психологического анализа.

## Литература

Ананьев Б. Г. Возрастная периодизация жизненного цикла человека // Человек как предмет познания. Л., 1968. С. 129–136.

Баканова А. А. Отношение к жизни и смерти в критических жизненных ситуациях: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2000.

Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Под ред. Б. Г. Юдина. М., 1998.

Ворона О. А. Психологические последствия стресса у больных раком молочной железы: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2005.

Знаков В. В. Методика исследования макиавеллизма личности. М., 2001.

Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М., 2000.

Падун М. А., Тарабрина Н. В. Когнитивно-личностные аспекты переживания посттравматического стресса // Психологический журнал. 2004. Т. 25. № 5. С. 5–15.

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. Щур. М., 1997. С. 177–199.

Субъект, личность и психология человеческого бытия / Под ред. В. В. Знакова и З. И. Рябикиной. М., 2005.

Тхостов А. Ш. Топология субъекта (Опыт феноменологического исследования) // Вестник Московского университета. Сер. 14, «Психология». 1994. № 2. С. 3–13; № 3. С. 3–12.

Burton B. K., Hegarty W. H. Some Determinants of Student Corporate Social Responsibility Orientation // Business & Society. 1999. V. 38. Iss. 2. P. 188–205.

Gable M., Dangelo F. Locus of control, Machiavellianism, and managerial job performance // The Journal of Psychology. 1994. V. 128. № 5. P. 599–608.

Greenberg J., Arndt J., Simon L., Pyszczynski T., Solomon Sh. Proximal and Distal Defenses in Response to Reminders of One's Mortality: Evidence of a Temporal Sequence // Personality and Social Psychology Bulletin. 2000. V. 26. № 1. P. 91–99.

Harmon-Jones E., Simon L., Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon Sh., McGregor H. Terror Management Theory and Self-Esteem: Evidence That Increased Self-Esteem Reduces Mortality Salience Effects // Journal of Personality and Social Psychology. 1997. V. 72. № 1. P. 24–36.

Neisser U. Five Kinds of Self-knowledge // Philosophical Psychology. 1988. V. 1. № 1. P. 35–59.

Robinson W. P., Shepherd A., Heywood J. Truth, equivocation/concealment and lies in job applications and doctor-patient communication // Journal of Language and Social Psychology. 1998. V. 17. № 2. P. 149–164.