

На правах рукописи

**КУКИНА Маргарита Владимировна**

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ  
К СМЕРТИ ЛИЧНОСТИ В МАЛОЙ КОНТАКТНОЙ ГРУППЕ  
В УСЛОВИЯХ ХОСПИСА**

Специальность 19.00.05 – социальная психология

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Ярославль – 2011

Работа выполнена на кафедре социальной и политической психологии  
ГОУ ВПО «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова».

Научный руководитель – доктор психологических наук, профессор  
**Козлов Владимир Васильевич**

Официальные оппоненты: доктор философских наук, профессор  
**Томашов Валерий Васильевич**

кандидат психологических наук, доцент  
**Колошина Татьяна Юрьевна**

Ведущая организация – ГОУ ВПО «Иркутский государственный  
университет»

Защита состоится « 3 » июня 2011 года в 12-00 часов на заседании дис-  
сертационного совета Д 212.002.02 в ГОУ ВПО «Ярославский государственный  
университет им. П.Г. Демидова» по адресу: 150057, г. Ярославль, проезд Мат-  
росова, д. 9.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ ВПО  
«Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова» по адресу:  
150000, Ярославль, Полушкина роща, 1а. Автореферат диссертации представ-  
лен на официальном сайте университета: -

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования** обусловлена ростом смертности от онкологических заболеваний. Согласно статистическим данным, в прошлом году в России зафиксировано более 2 млн. онкологических пациентов, состоящих на учете в территориальных онкологических учреждениях, ежегодно регистрируются еще 400 тыс. заболевших. В России смертность от онкологических заболеваний в количественном отношении занимает третье место среди всех причин смертности. По статистике Всемирной организации здравоохранения, более 70% всех случаев смерти от рака имеет место в странах с низким и средним уровнем доходов, где ограничены или вовсе отсутствуют доступные ресурсы, необходимые для профилактики, диагностики и лечения рака. К сожалению, сегодня в этот список попадает и Россия.

Среди отечественных ученых отношение к смерти рассматривалось А.В. Гнездиловым, А.Ш. Тхостовым. За рубежом над этой темой работали К. де Вальден-Галушко, П. Вонг, С. Гроф, Э. Кюблер-Росс, Я. Лучак, Р.А. Неймер и Б. Фортнер, К. и С. Саймонтон, Ц. Саундерс, В. Франкл, К. Уилбер, И. Ялом. Были исследованы различные реакции личности на смерть свою и близких, изучались этапы умирания, влияния различных условий, при которых человек умирает. Многие ученые в своих исследованиях изучали страх смерти. Было установлено, что существует три уровня страха смерти – сознательный страх, фантазии и бессознательный страх. Изучались реакции личности на смерть, а так же влияние на страх смерти пола, возраста, религиозности, целей и смысла жизни личности. Были исследованы механизмы психологической защиты тех, кто ожидал приближения смерти; взаимосвязь между отношением к смерти и психологическим здоровьем. Предложена многоуровневая модель отношения к смерти, которая основана на экзистенциальной теории. Между тем, социально-психологические установки к смерти личности в условиях хосписа не выступали предметом научного анализа.

Актуальность и социальная востребованность диссертационного исследования определяется следующими противоречиями:

- отмечается рост численности онкологических заболеваний и смертности, связанной с этим, но отсутствуют научно обоснованные программы помощи инкурабельным онкологическим больным, их родственникам и медицинскому персоналу в условиях хосписа;
- имеется противоречие между теоретическими взглядами на социально-психологическое состояние умирающих и практическим подходами к их психологическому сопровождению.

Актуальность исследования обусловлена малочисленностью теоретических подходов в изучении социально-психологических закономерностей умирания и смерти инкурабельных онкологических больных и их минимальной экзистенциальной обоснованностью. В сущности, отсутствует концепция понимания взаимосвязей между социально-психологическими установками к смерти и особенностями личности. Существует необходимость разработки практиче-

ских методов социально-психологической помощи инкурабельным онкологическим больным, их семьям и медицинскому персоналу в условиях хосписа.

**Цель исследования** – выявить социально-психологические установки к смерти личности при различном статусе в малой контактной группе в условиях хосписа.

**Объект исследования** – социально-психологические установки к смерти.

**Предмет исследования** – социально-психологические установки к смерти при различном статусе личности в малой контактной группе в условиях хосписа.

**Гипотеза исследования:**

Существуют особенности социально-психологических установок к смерти при различном статусе личности в малой контактной группе в условиях хосписа, при этом:

1) социально-психологические установки к смерти и их структура отличаются при различном статусе личности в малой контактной группе в условиях хосписа. Статус рассматривается нами как положение объекта в системе межличностных отношений: статус онкологических больных, статус их родственников и статус медицинского персонала;

2) связи между социально-психологическими установками к смерти личности и ценностно-смысловыми характеристиками, механизмами ее психологической защиты, а так же чертами личности имеют определенную специфичность при различном статусе личности в малой контактной группе в условиях хосписа.

В соответствии с целью и выдвинутой гипотезой в работе поставлены следующие **задачи:**

1. На основе теоретического анализа определить социально-психологические особенности установок к смерти у личности в малой контактной группе в условиях хосписа.

2. Изучить особенности и структуру социально-психологических установок к смерти при различном статусе личности в малой контактной группе в условиях хосписа.

3. Выявить взаимосвязь между социально-психологическими установками к смерти и ценностно-смысловыми характеристиками, чертами личности, механизмами психологической защиты у онкологических больных, их родственников и медицинского персонала.

4. Определить специфику взаимосвязей между социально-психологическими установками к смерти и ценностно-смысловыми характеристиками, чертами личности, механизмами психологической защиты при различном статусе в малых контактных группах в условиях хосписа.

**Методологической основой исследования** явились основные теоретические и методологические принципы отечественной и зарубежной психологии. Мы опирались на концепцию о сущности и эффективности установки Д.Н. Узнадзе, на разработки У. Томаса, Ф. Знанецкого о социальной установке и ее свойствах, позднее дополненных Ш.А. Надирашвили, П.Н. Шихиревым. Кроме этого мы опирались на теорию отношений В.Н. Мясищева, диспозици-

онную концепцию регуляции социального поведения В.А. Ядова, концепцию А.Г. Асмолова о функциях и уровнях установок; концепцию П. Вонга о социально-психологических установках к смерти. Так же мы базировались на теории В.Н. Мясищева о структуре личности, А.Г. Ковалева о духовном облике личности, концепции К.К. Платонова о сторонах личности и концепции В.В. Козлова о работе с кризисной личностью. Для изучения влияния друг на друга членов малых групп мы опирались на теорию социостаза Дж. Морено, теорию поля К. Левина, на концепцию о свойствах и групповой динамике Г.М. Андреевой, исследованиях личности и группы Р.А. Кричевского, Е.М. Дубовской, исследованиях психологических особенностей малых групп Л.Г. Почебут и В.А. Чикер. Мы опирались на экзистенциально-психологический подход К.Г. Юнга, И. Ялома, М. Хайдеггера, теорию поиска смысла В. Франкла. Работы о социально-психологической помощи умирающим Ц. Саудерс, об этапах умирания Э. Кюблер-Росс, об отношении к смерти больного и его семьи К. Уилбера, о психотерапевтической помощи умирающим, их родственникам и медицинскому персоналу Я. Лучака, А.В. Гнездилова, К. и С. Саймонтон, К. де Вальден-Галушко, А.А. Налчаджяна. Р. Кочюнаса, А.Ш. Тхостова послужили основой для описания изменений личности, отношения к смерти во время умирания и опеки инкурабельных больных.

**Методы исследования.** Для решения поставленных задач использовались общенаучные методы исследования – наблюдение, беседы, психодиагностические методики. Для исследования социально-психологических установок к смерти испытуемых использовалась психометрическая методика П. Вонга «Отношение к смерти». Ценностно-смысловые характеристики личности исследовали с помощью теста «Смысло-жизненные ориентации» Д.А. Леонтьева, являющегося адаптированной версией теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Дж. Крамбо и Л. Махолика, и «Профильного теста личностной значимости» П. Вонга. Для исследования черт личности использовался «16 – факторный личностный опросник Р.Б. Кэттела. Для исследования психологических защит испытуемых использовался опросник Плутчика – Келлермана – Конте Life Style Index. Для выявления взаимосвязей между социально-психологическими установками к смерти и особенностями личностей участников исследования проводилась статистическая обработка с использованием программы Биостатистика с применением критерия ранговой корреляции Спирмена.

**База исследования.** Исследование проводилось на базе хосписа – онкологического отделения городской больницы № 7 г. Иркутска Муниципального управления здравоохранения. В исследовании приняло участие 130 человек, было выделено 3 группы испытуемых.

*Группа онкологических больных в терминальном состоянии* – 55 человек, средний возраст составил 49,7 лет, из них 33 женщины и 22 мужчины. Это особая категория больных, и работа с ними занимала большую часть времени. Из-за тяжести состояния, интоксикации, некоторые больные заполняли опросники в течение нескольких недель, тогда как большинство делало это в течение 5 – 6 часов. В 15% случаев пациенты не успели заполнить необходимые анкеты из-за внезапного ухудшения состояния.

*Группа родственников онкологических больных* – 43 человека. Из них 13 мужчин и 30 женщин, средний возраст группы составил 39,1 лет. Часть из них заполняла анкеты параллельно со своими подопечными, другая часть – спустя несколько месяцев или лет после смерти близких. В группе родственников были и те, кто сопровождал второго и даже третьего члена своей семьи.

*Группа медицинских работников* – 32 человека, состоящая из врачей, среднего и младшего медицинского персонала, имеющих стаж работы в стационаре хосписа не менее 1 года. Средний возраст группы составил 46,5 лет, из них 7 мужчин и 25 женщин.

**Теоретическая значимость работы.** Диссертационная работа раскрывает специфику содержания отношений между больным и медицинским персоналом, между родственниками и больным, между медицинским персоналом и родственниками. В диссертационном исследовании установлены взаимосвязи социально-психологических установок к смерти и особенности личности.

#### **Научная новизна работы:**

1. Впервые исследование проводилось с участием пациентов хосписа, находящихся в терминальном состоянии. Это позволило выявить их социально-психологические установки к смерти и ценностно-смысловые характеристики, черты личности и механизмы психологической защиты тех, кто переживает неизлечимое заболевание на последней стадии.

2. Выявлены социально-психологические установки к смерти и особенности личности родственников инкурабельных онкологических больных с целью изучения возможностей оказания социально-психологической помощи самим родственникам и умирающим больным.

3. Установлены особенности взаимосвязей между социально-психологическими установками к смерти и ценностно-смысловыми характеристиками, чертами личности, механизмами психологической защиты при различном статусе в малых контактных группах в условиях хосписа.

**Практическая значимость работы.** Полученные данные позволяют организовать работу по оказанию социально-психологической помощи инкурабельным больным, их семьям и медицинскому персоналу хосписов. Социально-психологическая помощь поможет повысить уровень качества жизни не только больных, но и их родственников, что необходимо для сокращения процента заболеваемости среди тех, кто сопровождает пациента до конца жизни, а также переживания кризиса утраты и личностной реабилитации.

Результаты, полученные в ходе исследования, используются на лекциях и тренингах при повышении квалификации практических психологов, работающих в сфере психологического консультирования, специалистов кризисных центров, а так же медицинских работников хосписов и паллиативных отделений, и в системе образования и профессиональной подготовки студентов психологических и медицинских факультетов.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Социально-психологические установки к смерти и их структура отличаются при различном статусе личности в малой контактной группе в условиях хосписа. Для инкурабельных онкологических больных характерны страх смер-

ти и избегание смерти, для их родственников – избегание смерти и нейтральное отношение к ней, у медицинских работников доминируют страх смерти и нейтральное отношение к смерти. Независимо от статуса личности в контактной группе, страх смерти взаимосвязан с избеганием смерти, чем сильнее выражен страх смерти, тем больше личность избегает разговоров и напоминаний о смерти.

2. Социально-психологические установки к смерти связаны в структуре личности с ценностно-смысловыми характеристиками, чертами личности и механизмами ее психологической защиты. Независимо от статуса личности в малой контактной группе, у участников исследования выражена утилитарная или показная религиозность. Для больных с выраженным страхом смерти характерны тревожность, напряженность, депрессивность, использование психологической защиты для сдерживания чувства печали, неполноценности, утраты. У родственников с выраженной непосредственностью и прямолинейностью в общении доминирует страх смерти. У медицинских работников при выраженном страхе смерти больше проявлялись осторожность, молчаливость. Медики, не стремящиеся избегать упоминаний о смерти, характеризуются доброжелательностью и альтруизмом.

3. Характер и теснота связей социально-психологических установок к смерти и другими личностными образованиями специфичны при различном статусе личности в малой контактной группе. Онкологических больных отличает высокая теснота связей социально-психологических установок к смерти как с ценностно-смысловыми характеристиками, чертами личности, так и с механизмами ее психологической защиты. Это показывает, что длительно переживаемый страх смерти способствует развитию депрессивности, ранимости, возбуждению, в отличие от группы медицинских работников, в которой социально-психологические установки к смерти значимо коррелируют с устойчивыми чертами и ценностно-смысловыми образованиями. У родственников наибольшая теснота связей социально-психологических установок к смерти выявлена с устойчивыми чертами личности.

4. Важнейшей задачей психологической помощи, направленной на повышение уровня качества жизни онкологических больных в терминальной стадии, находящихся в условиях хосписа, является формирование адекватного отношения к себе, к своей болезни, ориентированное на принятие своей ситуации и смерти, переосмысление и самореализацию в новых жизненных условиях вопреки деструктивным личностным и соматическим тенденциям.

**Апробация и внедрение результатов.** Основные положения и результаты работы обсуждались на Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы права, экономики и управления в Сибирском регионе» (Иркутск, 2006), на Всероссийской конференции «Психология развития и образования: теория и практика» (Иркутск, 2009), Международном конгрессе «Психология XXI столетия: теория, эксперимент, социальная практика» (Кострома, 2009), на II Международной практической конференции «Интегративная психология: практические методы нового поколения» (Москва, 2009), Конференции, посвященной 125-летию Московского Психологического Общества (Мо-

сква, 2010), на научно-практической конференции «Культура психологического здоровья педагога» (Иркутск, 2010).

Диссертант участвовал в организации и проведении учебно-методических семинаров «Достоинно жить до последней минуты» в НОУ ДПО «Социальная школа Каритас» (Санкт-Петербург, 2000-2004).

По материалам исследования опубликовано 10 печатных работ, в т.ч. 2 – в реферируемом ВАК журнале.

**Структура и объем диссертации.** Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, включающего 226 источников, в т.ч. 75 – на иностранных языках, и приложений. В диссертации имеется 1 таблица и 19 рисунков. Объем диссертации составляет 191 страницу.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность, определяются объект, предмет, цель работы, задачи, гипотеза исследования, обосновывается научная новизна, теоретическая и практическая значимость полученных результатов, излагаются положения, выносимые на защиту.

В **первой главе «Теоретические аспекты изучения проблемы социально-психологических установок к смерти»** рассматривается феномен смерти и умирания с позиций философской и культурной традиций. Осмысление смерти имеет огромные историко-философские, духовные истоки и традиции. Отношение к смерти, начиная с античной философии, было всегда небезразличным. Пока смерть и жизнь рассматривались как данные Богом явления, у людей была надежда на лучшее будущее, необходимость готовиться к смерти, что приносило не только облегчение страданий, но и давало смысл переживаниям.

В Средневековье о смерти старались не думать, сосредоточив мыслительные усилия на вопросах земной жизни, и чем быстрее развивались естественные науки, тем чаще их достижения старались использовать для избегания страха смерти. Кризис идеалов эпохи Просвещения привел к тому, что образованный западный человек считал веру в сознательную жизнь после смерти, в загробные странствия души проявлением примитивного страха тех людей, которые не обладают научными знаниями. Прагматизм как философское течение видел в смерти не закономерное разрешение жизненного процесса, а поражение, болезненное напоминание об ограниченности нашей власти над природой. Нам наиболее близко экзистенциально-философское понимание человеческого бытия, которое с внутренней неизбежностью должно выводить к вопросу о смерти, и наоборот, лишь исходя из последнего, оно могло достичь окончательной определенности. Экзистенциальной философией смерть открывается в ее решающем значении для всего человеческого бытия вновь. Речь идет об отношении отдельного человека к своей собственной смерти, о вопросе, что означает смерть в качестве предстоящего конца человеческой жизни для самой этой жизни.



Взгляд на мир, выработанный наукой, базирующейся на материалистической философии, усиливает тяжесть положения умирающего. Ведь, согласно такому подходу, за пределами материального мира ничего не существует. Воспринимать реальность могут лишь живые организмы с функционирующими органами чувств. Физическое уничтожение тела и мозга – это необратимый конец человеческой жизни. В атеистической модели мира идеи бессмертия души, существования Бога не существовали. Принцип «новой» жизни ведет к утилитарному подходу, где полезны только те, кто может работать. При мыслях о смерти люди переживают страх. Смерть, открывая опасность бытия, наглядно демонстрирует человеку сомнительность любых планов и предприятий и становится окончательным критерием существования. Когда нет веры в Бога, когда жизнь ограничена только видимым, тогда исчезает личная ответственность за прожитую жизнь.

Далее в первой главе рассматривается понятие социальной установки. По проблеме установки написано очень большое количество работ, критических обзоров, проведено множество экспериментов. Известны обзоры по проблеме установки Г.М. Андреевой, А.Г. Асмолова, Д. Бирна, Р. Бэрона, И.С. Кона, И. Мак-Гуайера, Ш.А. Надирашвили, Г. Оллпорта, М. Рокича, Д.Н. Узнадзе и многих других. Личность представляет собой совокупность и целостность определенных установок. Д.Н. Узнадзе писал, что установка является целостным динамическим состоянием субъекта, состоянием готовности к определенной активности, состоянием, которое обуславливается двумя факторами: потребностью субъекта и соответствующей объективной ситуацией. У. Томас и Ф. Значекский подчеркивали, что в социальной среде установка как психическое состояние всегда обращена на какой-либо объект, в силу чего она может быть определена как психическое состояние индивида, обращенное на ценность.

В трудах А.Г. Асмолова установка рассматривается как форма выражения в деятельности человека того или иного содержания – личностного смысла или значения, которое может быть как осознанным, так и неосознанным.

Социальные установки – это оценки практически любого аспекта социального мира, оценочные ассоциации, сохраняемые в памяти, предрасположенность индивида к оценке какого-либо объекта, его символа или аспекта мира индивида положительного или отрицательного (Р. Бэрон, Д. Бирн); убеждения или чувства, способные влиять на наши реакции, благоприятная или неблагоприятная оценочная реакция на что-либо или кого-либо, которая выражается во мнениях, чувствах и целенаправленном поведении (Д. Майерс). Базовым понятием, охватывающим понятия аттитюда, установки, социальной установки, фиксированной установки является понятие социальной установки.

Аттитюды – фиксированные социальные установки. У. Томас и Ф. Значекский определяли аттитюд как психологический процесс, рассматриваемый в отношениях к социальному миру и взятый, прежде всего, в связи с социальными ценностями. Социальные установки определяют, насколько мы положительно или отрицательно настроены по отношению к какому-либо объекту или явлению. Они формируются в результате когнитивного диссонанса, т.е. неприятного состояния, вызванного несогласованностью установок и поведения.

Можно утверждать, что отношение к смерти – это установка человека. На отношение к смерти оказывает влияние физическое и психическое состояние человека, окружение, род его деятельности и выбранные в жизни приоритеты. Исследования и размышления о вопросах жизни, умирания, смерти и ее последствий для живущих – один из основных путей достижения мудрости и социально-психологической зрелости. Осмысление смерти ведет и к более осмысленному подходу к жизни, ведь именно смерть, как ничто иное, показывает ценность жизни. М. Хайдеггер считал, что для сознания бытия нужны неотвратимые и непоправимые обстоятельства, определенный экстремальный опыт, который «вырывает» человека из повседневного модуса существования в состояние сознания бытия. В качестве такого опыта смерть превосходит все остальное: смерть есть условие, дающее возможность жить аутентичной жизнью.

Исследование социально-психологических установок к смерти, проведенное П. Вонгом, основано на предложенной В. Франклом экзистенциальной перспективе, согласно которой индивиды имеют мотивацию поиска личностной значимости. Из этой перспективы следует, что неспособность обрести личностную значимость в жизни и в смерти ведет к страху смерти. На последнем этапе жизни люди должны прийти к согласию со смертью через разрешение кризиса «целостность – отчаяние». «Целостность – это состояние сознания, это убежденность в том, что жизнь прожита не зря, что она не бессмысленна, это снятие разногласий между реальностью и идеалом жизни. Те личности, которые могут достичь целостности, не испытывают страха смерти. Те же, кто чувствует, что жизнь прожита напрасно, и что уже слишком поздно начинать ее заново, скорее всего, столкнутся с отчаянием и страхом смерти. Поэтому то, боится ли человек смерти или принимает ее приближение, зависит в большой степени от того, научился ли он принимать свой собственный жизненный цикл» (П. Вонг).

П. Вонг предполагает, что люди мотивированы найти смысл в жизни. Отсутствие смысла жизни связано с депрессией и страхом смерти, в то время как его наличие связано с положительным отношением к смерти и психологическим здоровьем. П. Вонг и сотрудники предлагают модель социально-психологических установок к смерти, которая включает пять величин: 1) страх смерти, опыт которого закладывается тогда, когда человек сталкивается со смертью; 2) избегание смерти, защитный механизм, когда человек избегает мыслей или разговоров о смерти для того, чтобы уменьшить чувство страха, вызываемое ими; 3) нейтральное отношение к смерти, когда человек понимает, что смерть является неизбежной частью жизни; 4) принятие приближения смерти, т.е. вера в загробную жизнь, и в то, что смерть – это ворота в мир иной; 5) понимание смерти как освобождения от проблем, вера в то, что смерть положит конец физическим или психологическим страданиям. Эти пять отношений не противопоставлены друг другу, а скорее сосуществуют, находясь в состоянии перемирия. П. Вонг считает, что как отрицательные, так и положительные аспекты отношения к смерти необходимы в поиске смысла жизни.

Большое количество исследований обращалось к страху смерти. Страх смерти связан с депрессией, беспокойством и подозрительностью. Другой сто-

роной – является принятие существования смерти. Было обнаружено, что принятие существования смерти не только связано с психологическим здоровьем, но и положительно отражается на нем. П. Вонг обнаружил, что страх смерти и избегание смерти приводят к психологическому дискомфорту и депрессии. Нейтральное отношение к смерти положительно сказывается на физическом и психологическом здоровье. Принятие приближения смерти связано с субъективным здоровьем. Понимание смерти как освобождения от проблем ассоциируется с низким уровнем физического здоровья.

Если люди не могут найти смысл в своих страданиях и смерти, они не могут найти смысл в жизни. Таким образом, они сталкиваются с экзистенциальным кризисом. Основными экзистенциальными проблемами современного человека, с точки зрения Р. Мэй, Э. Фромма, являются одиночество, изоляция, переживание отдаленности от собственной жизни, проблема утраты своего мира.

Во второй главе **«Особенности личности при различном статусе в малой контактной группе в условиях хосписа»** представлен теоретический обзор психологических концепций личности, рассматриваются особенности статуса личности в малой контактной группе, особенности переживания умирания онкологическими больными и их родственниками, психологические особенности медицинского персонала хосписа; рассматривается взаимосвязь психологических особенностей личности с локализацией онкологического заболевания

Среди отечественных психологов в изучение личности, ее формирования, структуры и развития, а так же факторов, оказывающих влияние на ее развитие, большой вклад внесли Б.Г. Ананьев, Л.И. Божович, Л.С. Выготский, А.Г. Ковалев, А.Н. Леонтьев, В.Н. Мясищев, К.К. Платонов, С.Л. Рубинштейн, Д.Н. Узнадзе, а так же К.А. Альбуханова-Славская, Л.И. Анцыферова, А.Г. Асмолов, Б.С. Братусь и др. Над изучением личности и всего, что связано с этим понятием, работали и многие зарубежные ученые, среди них А. Адлер, Э. Берн, У. Джеймс, А. Маслоу, Г. Мюррей, Г. Олпорт, К. Роджерс, Г. Салливан, В. Франкл, З. Фрейд, Э. Эриксон, К.Г. Юнг и др.

Личность – саморегулируемая, функционально динамическая система непрерывно взаимодействующих между собой свойств, отношений и действий, формирующихся в процессе онтогенеза человека. Стержневым созданием личности является самооценка, которая строится на оценках индивида другими людьми и его оценивании этих других.

В традиционном смысле личность – это индивид как субъект социальных отношений и сознательной деятельности, у которого есть своя позиция в жизни, к которой он пришел в итоге большой сознательной работы. Такой человек не просто выделяется благодаря тому впечатлению, которое он производит на другого; он сам сознательно выделяет себя из окружающего. Он проявляет самостоятельность мысли, глубина и богатство личности предполагают глубину и богатство ее связей с миром, с другими людьми; разрыв этих связей, самоизоляция опустошают ее.

Малая группа – это, как правило, небольшая общность людей, основными характеристиками которой являются довольно тесное взаимодействие и общение. В социальной психологии при изучении малой группы место человека в системе психологических отношений с другими людьми рассматривается на уровнях социальных статусов, ролевого поведения и жизненных позиций личности – исходных элементов социального опыта, которые в определенной мере отражают социально-психологическую характеристику личности в группе. Изучением малых групп занимались такие ученые как Г.М. Андреева, А.И. Донцов, Е.М. Дубовская, Р.А. Кричевский, К. Левин, Б.Ф. Ломов, Дж. Морено, В.В. Новиков, Л.Г. Почебут, В.А. Чикер и др. Г.М. Андреева подчеркивает, что в социальной психологии изучаются, прежде всего, некоторые элементарные параметры группы: композиция группы (или ее состав), так называемая групповая динамика: структура группы, групповые процессы, групповые нормы и ценности, система санкций.

В условиях хосписа мы встречаемся с малой контактной группой, в состав которой входит онкологический больной, его родственники и медики, работающие в хосписе. При этом необходимо отметить следующие особенности:

- эта группа формируется спонтанно;
- на психологическое и физическое состояние больного оказывают влияние не только отношения, сложившиеся в данной группе, но и присутствие рядом с ним других больных, а также отношения, сложившиеся между ними;
- на психологическое и физическое состояние родственника оказывают влияние не только отношения, сложившиеся в данной группе, но и его отношения с другими родственниками больного;
- медики в данном случае должны представлять собой команду специалистов, подчиненных строгой иерархии;
- медики являются членами и других малых групп, отношения, сложившиеся в них неизменно оказывают влияние на все последующие группы.

Рассматривая малую контактную группу в условиях хосписа, задачей которой является сопровождение умирающего от рака больного, можно с уверенностью сказать, что основным компонентом, объединяющим всех членов группы, является смерть. Именно малая контактная группа, чувство солидарности, взаимного доверия и общей судьбы позволяют качественно оказать необходимую помощь нуждающемуся.

Качество жизни инкурабельного больного определяется разницей между тем, что желает сам больной, и реальностью, в которой он находится. Чем больше эта разница, тем хуже он оценивает собственное качество жизни. Опыт зарубежных хосписов (К. де Вальден-Галушко, Я. Лучак, Ц. Сондерс, Р. Твайкросс и др.) убедительно доказывает, что постоянно оказываемая психологическая помощь пациенту, работа с его семьей позволяет не только контролировать физическую боль, но и улучшать качество жизни больных, сохранять их двигательную активность.

Э. Кюблер-Росс описала пять стадий психологических изменений и работы защитных механизмов, которые переживают больные до наступления смерти – это отрицание, гнев, торг, депрессия и принятие смерти. Знание этих ста-

дий необходимо для правильного понимания того, что чувствует человек, столкнувшийся со смертельной болезнью. Для онкологических больных характерны депрессия, мнительность, обедненность эмоциональной сферы, пассивность. Онкологическое заболевание обрекает больных на беспомощность, что ведет к утрате надежды и веры в будущее. Некоторые инкурабельные онкологические больные используют свою кризисную ситуацию и нависшую над ними угрозу как стимул к изменению, что приводит к «личностному росту» или изменению установок.

Психологическое состояние членов семей онкологических больных описывали как отечественные, так и зарубежные специалисты – А.В. Гнездилов, М.Е. Липтуга, В.В. Миллионщикова, К. Уилбер, Е. Kübler-Ross, М. Bowen, К. de Walden-Galuszko, М. Stroud и многие другие. Исследования показывают, что наиболее сложным моментом в работе медицинского персонала является общение с родственниками пациента. Члены семей больных переживают те же этапы адаптации, что и онкологические больные; после смерти больного в 70% случаев они заболевают сами. Это может быть обострение хронических заболеваний, возникновение новых, или появление опухолевых процессов, которые развиваются на почве постоянного чувства вины и утраты.

Особенности психологического состояния медицинского персонала описывались многими исследователями, среди них А.В. Гнездилов, М.Е. Липтуга, В.В. Миллионщикова, Е. Kübler-Ross, К. de Walden-Galuszko, J. Jachimczak, A. Lyall, M.L.S. Vachon, C. Saunders, R. Yacik и др.

Врачи и средний медицинский персонал, видя, что не могут помочь, не знают, что сказать, испытывают чувство вины, собственной беспомощности, что приводит к развитию синдрома профессионального выгорания. Результаты исследований свидетельствуют о том, что около половины работающих с онкологическими больными в терминальной стадии и их семьями переживают состояние, близкое к профессиональному выгоранию. Иногда из-за смерти пациента появляются депрессия, уныние. Проблемы, возникающие при общении с членами коллектива, включают недостаток поддержки между членами команды, отсутствие доверия, сопровождающиеся высоким уровнем депрессии, недостатком стабильности; чувства беспомощности и неуверенности могут появляться из-за нереальных ожиданий медицинского персонала от самих себя и часто подсознательных мыслей, что смерть – это медицинский провал; средний и младший медицинский персонал, происходящий из семей алкоголиков или из патологических семей, подсознательно копирует некоторые, принятые ранее в семье отношения в рабочей ситуации.

Ученые разных стран неоднократно представляли убедительные доказательства того, что стресс является фактором, способствующим возникновению болезней, в т.ч. и рака. Критические стрессовые события обычно происходят в период от полугода до полутора лет, предшествующих обнаружению у человека онкологического заболевания.

Г.Р. Хамер представил критерии, влияющие на развитие рака.

*1 группа критериев.* Рак начинается из-за личной трагедии, с которой человек не в состоянии справиться, вследствие чего блокируется иммунная сис-

тема организма. Раковые клетки размножаются тем быстрее, чем хуже психофизическое состояние. Рак начинается при нарушении индивидуальных границ;

*2 группа критериев* указывает на локализацию рака в зависимости от вида личной трагедии;

*3 группа критериев.* Течение онкологического заболевания зависит от процесса работы над конфликтом, который стал причиной заболевания. Это относится к интенсивности и продолжительности протекания процесса. Отсюда следуют теории:

- рак начинается из-за блокирования иммунной системы, вызванного неправильной ментальной или духовной программой;

- развитие болезни зависит от времени продолжения и степени влияния этой программы;

- развитие рака задерживается при исчезновении причины его вызвавшей;

Те же самые механизмы, которые способствовали превращению чувств и ощущений в определенные физиологические условия, способствовавшие развитию рака, могут быть использованы и для восстановления здоровья. Нормальное функционирование иммунной системы и уменьшение производства атипичных клеток создают оптимальные условия для купирования роста раковой опухоли. Для оказания психологической помощи онкологическим больным и в России, и за рубежом используются релаксационные упражнения, визуализация, дыхательные упражнения, арт-терапия и сказкотерапия.

**В третьей главе «Эмпирическое исследование социально-психологических установок к смерти при различном статусе личности в малой контактной группе в хосписе»** описываются база, этапы и методы исследования, приводятся результаты сравнительного анализа социально-психологических установок к смерти при различном статусе в малой контактной группе в условиях хосписа. Социально-психологические установки к смерти исследовались с помощью теста П. Вонга «Отношение к смерти».

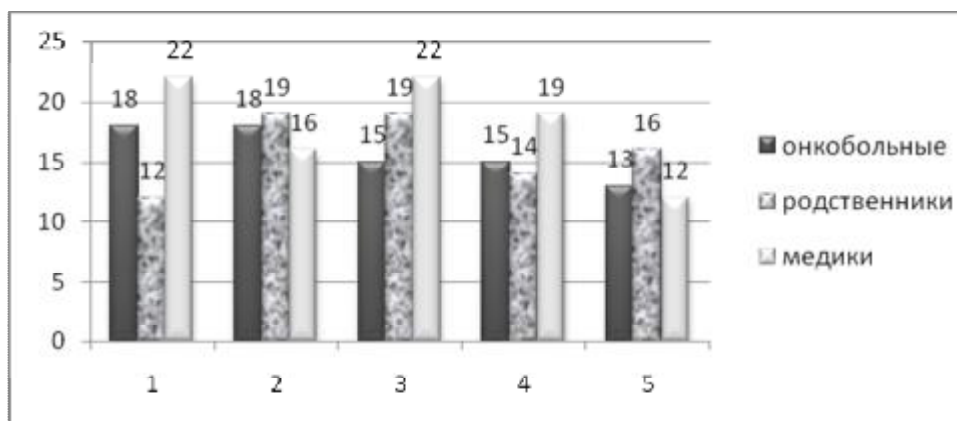


Рис. 1. Результаты сопоставления анализа социально-психологических установок к смерти в трех обследуемых группах (%)

Примечание: 1 – страх смерти, 2 – избегание смерти, 3 – нейтральное отношение к смерти, 4 – принятие приближения смерти, 5 – смерть как освобождение от проблем

Рис. 1 показывает, что у инкурабельных онкологических больных доминируют страх смерти (18%) и избегание смерти (18%). Это связано с их усталостью от тяжелой болезни, депрессией, сожалением о том, что не все в жизни удалось реализовать. В группе родственников более выражено нейтральное отношение (19%) к смерти и избегание смерти (19%), что свидетельствует об удовлетворительном психологическом здоровье, благодаря которому они могут сопровождать своих близких. Избегание любых упоминаний о смерти связано с ощущением собственной беспомощности перед тяжелой болезнью и эмоциональной усталости, накопившейся во время ухода за больным. В группе медицинских работников отмечается преобладание страха смерти (22%) и нейтрального отношения к смерти (22%). Это свидетельствует о принятии смерти как части жизни, ориентации испытуемых данной группы на достойное проживание остатка жизни, а также внутренним убеждением персонала хосписа, что есть положительный смысл жизни, и важно принимать жизненный цикл каждого человека. Страх смерти вызван чувством несостоятельности и неуверенности, подсознательных мыслей, что смерть – это медицинский провал.

Во всех трех группах обследуемых наблюдается прямая взаимосвязь между страхом смерти и ее избеганием, т.е. чем сильнее выражен страх смерти, тем больше тенденция к избеганию разговоров, любых упоминаний о смерти.

В ходе изучения ценностно-смысловых характеристик и черт личности, а так же психологических защит (Данные представлены в таблице) было установлено, что в группе онкологических больных наиболее выражены эмоциональная неустойчивость, высокая тревожность, склонность к лабильности настроения, раздражительность, утомляемость. Это связано с тем, что подавляющее большинство больных пережили тяжелые операции, длительные курсы лучевой или химиотерапии. В отличие от двух других групп, онкологическим больным свойственен радикализм, т.е. большая склонность к экспериментированию, недоверие авторитетам. Это связано с большим желанием поправиться любой ценой, используя для этого все имеющиеся возможности. Онкологические больные, находясь в терминальном состоянии, очень ценили эмоциональную поддержку, которую оказывали им близкие и друзья, научились принимать свои ограничения, и мужественно переносили физические страдания, использовали такие механизмы психологических защит как проекция (71%), рационализация (60%) отрицание (42%).

У родственников, ухаживающих за онкологическими больными в течение длительного времени, отмечаются следующие ценностно-смысловые характеристики и черты личности: они присоединяются к переживаниям своих больных близких, чувствуют неудовлетворенность действительностью, их цели в жизни зависят от состояния здоровья членов их семьи. Они склоны к лабильности настроения, невротическим симптомам, тревожности, депрессивности, ипохондрии. Родственники онкологических больных требуют к себе и своим близ-

ким повышенного внимания. В отличие от других групп обследуемых, им свойственна склонность брать вину на себя, почитательность и покорность. Часть из них принимают свои ограничения, умеют мужественно переносить невзгоды, стараются сохранять хорошие отношения с другими людьми, стремятся помогать окружающим, веруют, что человеческая душа бессмертна. Родственники, ухаживающие за онкологическими больными, в большинстве своем использовали следующие механизмы психологических защит – рационализация (60%), проекция (58%), отрицание (49%). Установлено, что для медицинских работников характерны удовлетворенность эмоциональной насыщенностью жизни, целеустремленность. Они нуждаются в близких отношениях с семьей и друзьями. Отмечается склонность к лабильности настроения, раздражительности, утомляемости, взвинченности и беспокойству, характерны так же тревожность, депрессивность и ранимость. В отличие от своих пациентов, медики более склонны к консерватизму, т.е. с сомнением относятся к новым идеям, несмотря на несостоятельность определенных принципов, не ищут новых, не интересуются аналитическими соображениями. С нашей точки зрения это связано с тем, что медицинский персонал не имеет специальной профессиональной подготовки для работы в паллиативной медицине. Медицинские работники чаще всего используют следующие виды психологических защит: проекция (72%), рационализация (41%), отрицание (31%).

Таблица 1.

Сравнение значимых ценностно-смысловых характеристик, черт личности и психологических защит в малой контактной группе в условиях хосписа (%)

№	Особенности личности	Больные	Родственники	Медики
1.	Цели	16	16	16
2.	ЛК жизнь	16	16	19
3.	Достижения	18	12	22
4.	Интимность	24	16	19
5.	Религиозность	20	21	16
6.	Взаимоотношения	18	21	16
6.	Тревожность	58	42	50
8.	Подозрительность	34	35	44
9.	Сдержанность	32	33	19
10.	Эмоциональная неустойчивость	36	30	31
11.	Проекция	71	68	72
12.	Рационализация	60	61	41
13.	Отрицание	42	49	31
14.	Гиперкомпенсация	42	49	31

Установлено, что существуют различия во взаимосвязях между социально-психологическими установками к смерти у членов малой контактной группы в условиях хосписа. У всех испытуемых отмечается обратная взаимосвязь



между «принятием приближения смерти» и «религиозностью», в группах родственников больных и медиков отмечается прямая взаимосвязь между «принятием приближения смерти» и «отношением к смерти как освобождению от проблем». Это свидетельствует только о декларации своей принадлежности к христианству, но не о вере в бессмертие души и существовании жизни после смерти.

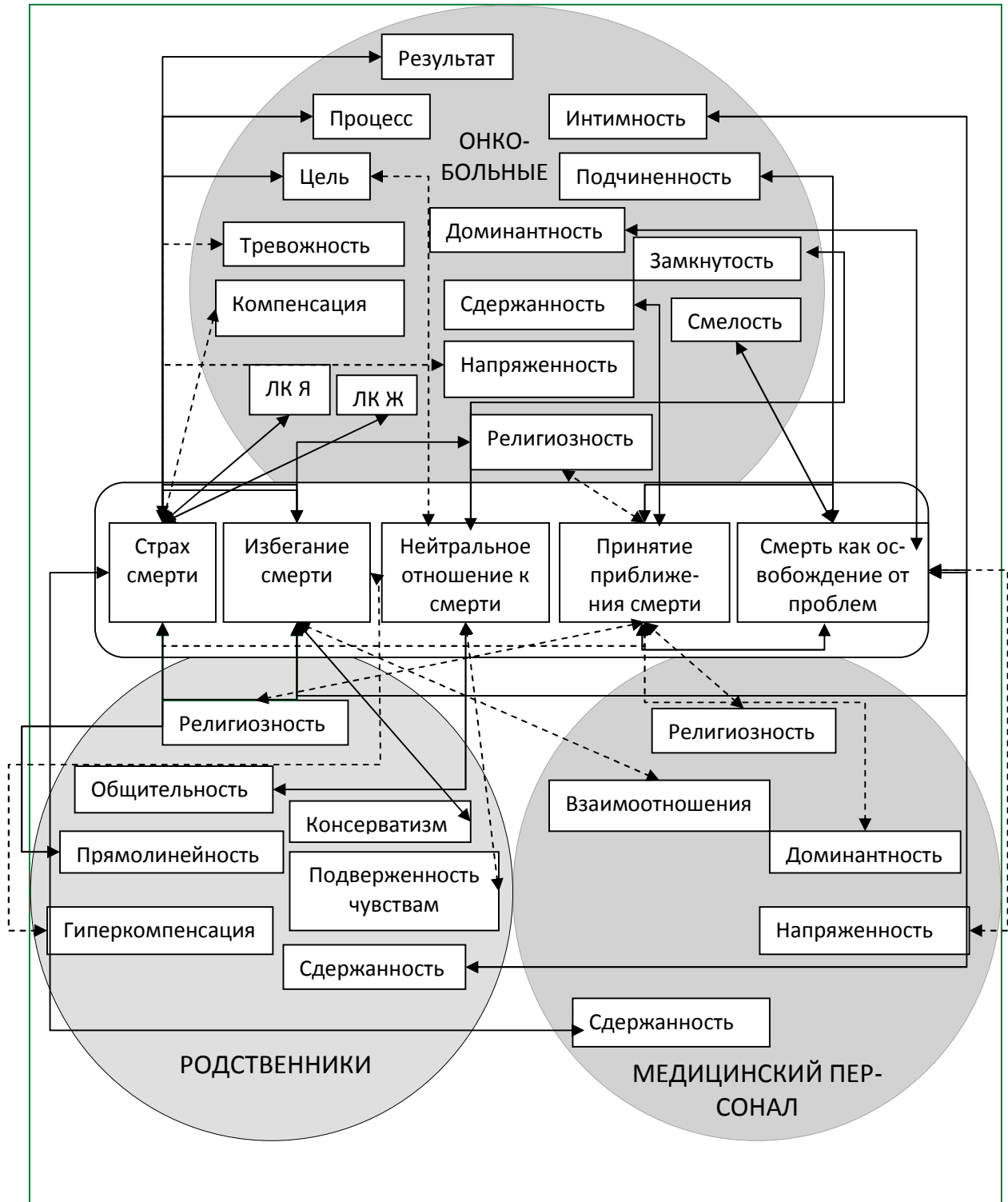


Рис 2. Корреляционная связь социально-психологических установок к смерти и ценностно-смысловых характеристик, черт личности,

психологических защит в малой контактной группе в условиях хосписа

- – обратные взаимосвязи;  
 —► – прямые взаимосвязи.

Рис. 2 позволяет представить сравнительный анализ связей между показателями социально-психологических установок к смерти и ценностно-смысловыми характеристиками, чертами личности, психологическими защитами в малой контактной группе в условиях хосписа, что позволяет сделать следующие *выводы*:

Социально-психологические установки к смерти связаны в структуре личности с ценностно-смысловыми характеристиками, чертами личности и механизмами ее психологической защиты. Независимо от статуса личности в малой контактной группе, у участников исследования выражена утилитарная или показная религиозность, это не вера, занимающая главенствующую позицию в жизни человека. У больных, чем более выражен страх смерти, тем более характерны тревожность, напряженность, беспокойство, депрессивность и использование психологической защиты для сдерживания чувства печали, неполноценности, утраты. Чем больше у больных выражен страх смерти, тем больше они говорят о своих планах и целях, которые придают жизни осмысленность и временную перспективу. Для тех больных, у кого меньше выражен страх смерти, свойственна неудовлетворенность своей жизнью в настоящем и прошлом. Чем более они принимали приближение смерти, тем большее благоразумие и рассудительность им свойственны. Больным, верящим в то, что смерть положит конец всем страданиям, свойственны властность, самоуверенность, а так же высокая оценка эмоциональной поддержки, которую оказывали им близкие и друзья. У родственников больных при увеличении страха смерти более выражена непосредственность и прямолинейность в общении. При стремлении избегать упоминаний о смерти ярко выражена устойчивость к трудностям, консерватизм. Чем более выражено отношение к смерти как освобождению от проблем, тем большая осторожность, пессимистичность и молчаливость свойственны этим людям. Это наблюдается у тех родственников, кому приходится долгое время ухаживать за больным и, видя его истощенность и усталость, принять, что в смерти может быть положительный смысл. Нейтральное отношение к смерти отмечается у родственников открытых, добросердечных, общительных.

У медицинских работников при выраженном страхе смерти больше проявлялись осторожность, молчаливость, пессимистичный настрой в восприятии действительности. Чем менее было выражено у медиков стремление избегать упоминаний о смерти, тем большей доброжелательностью, альтруизмом они отличались. Нежелание подвергать смерть осознанию связано с убеждением, что смерть способна решить все проблемы, и ее наступление освободит от всех трудностей. Чем менее выражено у медицинских работников отношение к смерти как освобождению от проблем, тем большая напряженность, фрустрированность, возбуждение и беспокойство им свойственны. Принятие прибли-

жения смерти менее всего свойственно конфликтным, самоуверенным, сотрудникам хосписа.

Рис. 2 наглядно демонстрирует специфику связей между социально-психологическими установками к смерти и другими личностными образованиями при различном статусе личности в малой контактной группе. Онкологических больных отличает наибольшая теснота связей социально-психологических установок к смерти как с ценностно-смысловыми характеристиками, чертами личности, так и с механизмами ее психологической защиты. Это показывает, что длительно переживаемый страх смерти, способствует развитию депрессивности, ранимости, возбуждению. В отличие от группы медицинских работников, в которой социально-психологические установки к смерти значимо коррелируют с устойчивыми чертами и ценностно-смысловыми образованиями. У родственников связи отличаются между социально-психологическими установками к смерти и устойчивыми чертами личности, которые характеризуют их как людей, стойко переносящих трудности, консервативных, прямолинейных, не стремящихся соответствовать общепринятым стандартам поведения.

В заключении подводятся итоги проделанной работы и формулируются **основные выводы:**

1. Теоретический анализ позволяет сделать вывод, что существует модель социально-психологических установок к смерти, которая включает пять величин: 1) страх смерти, опыт которого закладывается тогда, когда человек сталкивается со смертью; 2) избегание смерти, защитный механизм, когда человек избегает мыслей или разговоров о смерти для того, чтобы уменьшить чувство страха, вызываемое ими; 3) нейтральное отношение к смерти, когда человек понимает, что смерть является неизбежной частью жизни; 4) принятие приближения смерти, т.е. вера в загробную жизнь; 5) понимание смерти как освобождения от проблем, вера в то, что смерть положит конец физическим или психологическим страданиям. У личности в малой контактной группе в условиях хосписа определяются следующие особенности – страх смерти и избегание смерти приводят к психологическому дискомфорту и депрессии; нейтральное отношение к смерти положительно сказывается на физическом и психологическом здоровье; принятие приближения смерти связано с субъективным здоровьем. Понимание смерти как освобождения от проблем ассоциируется с низким уровнем физического здоровья.

2. Социально-психологические установки к смерти и их структура отличаются при различном статусе личности в малой контактной группе в условиях хосписа. Для инкурабельных онкологических больных характерны страх смерти и избегание смерти, для их родственников – избегание смерти и нейтральное отношение к ней, у медицинских работников доминируют страх смерти и нейтральное отношение к смерти. Независимо от статуса личности в контактной группе страх смерти взаимосвязан с избеганием смерти, чем сильнее выражен страх смерти, тем больше личность избегает разговоров и напоминаний о смерти.

3. Социально-психологические установки к смерти связаны в структуре личности с ценностно-смысловыми характеристиками, чертами личности и ме-

ханизмами ее психологической защиты. Независимо от статуса личности в малой контактной группе у участников исследования выражена утилитарная или показная религиозность, это не вера, занимающая главенствующую позицию в жизни человека. У больных, чем более выражен страх смерти, тем более характерны тревожность, напряженность, депрессивность и использование психологической защиты для сдерживания чувства печали, неполноценности, утраты. Чем более они принимали приближение смерти, тем большее благоразумие и рассудительность им свойственны. Чем больше больные верили в то, что смерть положит конец всем страданиям, тем более им свойственны властность, самоуверенность, а так же высокая оценка эмоциональной поддержки, которую оказывали им близкие и друзья. У родственников больных при увеличении страха смерти более выражена непосредственность и прямолинейность в общении. При стремлении избегать упоминаний о смерти ярко выражена устойчивость к трудностям, консерватизм. У медицинских работников при выраженном страхе смерти, больше проявлялись осторожность, молчаливость. Чем менее было выражено у медиков стремление избегать упоминаний о смерти, тем большей доброжелательностью, альтруизмом они отличались.

4. Связи социально-психологических установок к смерти с другими личностными образованиями специфичны при различном статусе личности в малой контактной группе. Онкологических больных отличает наибольшая теснота связей социально-психологических установок к смерти как с ценностно-смысловыми характеристиками, чертами личности, так и с механизмами ее психологической защиты. Это показывает, что длительно переживаемый страх смерти, способствует развитию депрессивности, ранимости, возбуждению. В отличие от группы медицинских работников, в которой социально-психологические установки к смерти значимо коррелируют с устойчивыми чертами и ценностно-смысловыми образованиями. У родственников связи существуют между социально-психологическими установками к смерти и устойчивыми чертами личности, которые характеризуют их как людей, стойко переносящих трудности, консервативных, прямолинейных, не стремящихся соответствовать общепринятым стандартам поведения.

5. Исследование показало, что психологическая работа в хосписе, направленная на изучение проблемы социально-психологических установок к смерти личности в малой контактной группе в условиях хосписа, должна быть организована по следующим принципам:

1) вовлеченность в процесс работы всех членов малой контактной группы;

2) использование диагностических методик достаточно информативных и несложных при работе с ними, например, «отношение к смерти», «смысло-жизненные ориентации», «профильный тест личностной значимости», неактуально использование трудоемких тестов;

3) использование принципа каузальности для дальнейшей психологической работы.

Таким образом, выдвинутая нами гипотеза полностью была полностью подтверждена в ходе исследования. Выполненное исследование не исчерпывает

всей сложности поставленной проблемы. Предметом специального изучения могут стать эффективные методы оказания психологической помощи умирающим больным, их родственникам, переживающим утрату, и медицинскому персоналу, работающему в хосписах и паллиативных отделениях; а так же разработка специальных программ для обучения медицинского персонала для работы в хосписах, паллиативных отделениях в условиях современной России.

Материалы исследования отражены автором в 10 публикациях, общим объемом 3,97 п.л.

#### **Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК:**

1. Кукина, М.В. Влияние смысложизненных ориентаций онкологических больных на отношение к смерти / М.В. Кукина // Вестник университета (Государственный университет управления). – М. : ГУУ, 2009. – № 20. – С. 68-70.

2. Кукина, М.В. Исследование отношения к смерти у сотрудников хосписа / М.В. Кукина // Вестник университета (Государственный университет управления). – М. : ГУУ, 2009. – № 22. – С. 52-54.

#### **Другие научные публикации:**

3. Кукина, М.В. Диагноз «Рак» объединяет и спасает многих из нас / М.В. Кукина // Актуальные проблемы права, экономики и управления в Сибирском регионе : сборник статей Международной научно-практической конференции. – Иркутск : РИО ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2006. – Вып. 2. – Т. 2. – С. 86-89.

4. Кукина, М.В. Исследование отношения к смерти, смысложизненных ориентаций и их взаимосвязь у онкологических больных / М.В. Кукина // Седьмая волна психологии. Вып. 5. – Ярославль-Минск : МАПН, 2008. – С. 111-117.

5. Кукина, М.В. Взаимосвязь личностной значимости и отношения к смерти онкологических больных / М.В. Кукина // Психология XXI столетия. – Ярославль : МАПН, 2008. – Т. 2. – С. 10-17.

6. Кукина, М.В. Исследование механизмов психологической защиты у инкурабельных онкологических больных / М.В. Кукина // Седьмая волна психологии. Вып. 6. – Ярославль-Минск: МАПН, 2009. – С. 109-113.

7. Кукина, М.В. Взаимосвязь личностных характеристик и отношения к смерти онкологических больных / М.В. Кукина // Вестник интегративной психологии : журнал для психологов. Вып. 7. – Ярославль-Москва, 2009. – С. 98-101.

8. Кукина, М.В. Психологические защиты, используемые родственниками онкологических больных / М.В. Кукина // Психология развития и образования: теория и практика : Сборник научных трудов по итогам Всероссийской конференции. – Иркутск : ГОУ ВПО «Иркутский государственный педагогический университет», 2009. – С. 212-216.

9. Кукина, М.В. Влияние работы в хосписе на психологическое состояние персонала / М.В. Кукина // Психология XXI столетия : Теория. Эксперимент. Социальная практика : Материалы Международного конгресса, Кострома, 10-13.09. 2009 г. – Москва-Кострома, 2009. – Т. 1. – С. 185-189.

10. Кукина, М.В. Психологические причины, способствующие развитию онкологических заболеваний / М.В. Кукина // Психологическое здоровье педагога : сборник статей научно-практической конференции «Культура психологического здоровья педагога». – Иркутск : ИПКРО, 2010. – С. 44-48.