

ISSN 0236-4999

ПСИХОЛОГИЯ ЗРЕЛОСТИ И СТАРЕНИЯ

2013
Зима

Журнал основан в 1997 году

ISSN 0236-4999

«Центр Геронтолог»

ПСИХОЛОГИЯ зрелости и старения

Ежеквартальный научно-практический журнал
№ 4 (64), зима, 2013

МОСКВА
2013

Редакционная коллегия:

д-р мед. наук, профессор Н.Ф. Дементьева
канд. психол. наук, доцент А.Г. Лидерс
д-р психол. наук, профессор Т.Д. Марцинковская

Главный редактор:

А.М. Коновалова

Подписной индекс журнала по каталогу
Агентства «Роспечать» – 47575

Адрес редакции: 119261, Москва, а/я 54
E-mail: konovalovaam@gmail.ru
URL (Web): <http://gerontolog.da.ru>

Запрещается перепечатка статей
без согласия редакции

При использовании материалов ссылка на журнал обязательна
© «Психология зрелости и старения», № 4 (64), зима, 2013

В номере

ЗРЕЛЫЙ ВОЗРАСТ: ДИАГНОСТИКА И ИССЛЕДОВАНИЯ

Кожарина Л.А., Жильцова Т.М. Психологические особенности протекания кризиса смысла жизни взрослого человека

Зайцева Ю. Б. Разница реального и воспринимаемого возраста и определение возрастных границ у представителей различных социально-демографических групп

Марелих Д., Грэнфилд Э., Шелтон Э. Корреляции и воспроизведение факторов шкалы потребности в половой близости (NSIS)

ПОЖИЛОЙ ВОЗРАСТ: ДИАГНОСТИКА И ИССЛЕДОВАНИЯ

Миннигалеева Г.А., Демина К.В., Зулкарнаев Т.Ш., Юсупова Л.М., Хижнякова И.С. Образ пожилых людей сегодня

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

Миннигалиева М.Р. Личностная зрелость и готовность к профессиональной деятельности специалиста по социальной работе. Часть 2

Цыплакова Л.Б., Малащенко Е.В., Архипова О.В. Роль комплексной помощи и поддержки в профилактике и лечении профессионального выгорания у сотрудников социальной сферы (на базе ГБУ Пансионат для ветеранов труда № 31, г. Москва)

ПСИХОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА

Печуричко Е.К., Колпачников В.В. Феноменология переживания подлинной жизни у людей с онкологическими заболеваниями

Резюме на английском языке

Наши авторы

Тематический список статей, опубликованных в 2013 году

для работников всей организации, проводится по записи в выделенные часы.

2. По результатам опроса сотрудников патронажного отделения проводятся ежеквартальные семинары, включающие теоретический материал, самодиагностику по предложенной проблематике, практические рекомендации, тренинговые упражнения для закрепления разобранной темы. Далее эти темы озвучиваются на общих конференциях учреждения, и руководители других подразделений организации заказывают их по существующей необходимости. Т.о. охваченность сотрудников учреждения интересной полезной тематикой, озвученной и заказанной ими же, повышается, а количество участников семинарского занятия не более 40 человек (вместо 120-150) является оптимальным для эффективной проработки актуальной темы в большой организации (общее количество сотрудников более 400 человек).

3. Также запросы индивидуального консультирования сотрудников учреждения позволяют определить перспективную тематику групповой работы (женско-мужские, детско-родительские отношения и др.)

Список литературы

1. Роуцак К. Психологические особенности личности в пожилом возрасте: Автореф. ... канд. психол. н. М., 1990.

Е.К. Печуричко, В.В. Колтачников

Феноменология переживания подлинной жизни у людей с онкологическими заболеваниями

Описывается качественное исследование переживания подлинной жизни людьми с онкологическими заболеваниями. Показана принципиальная возможность полноценной подлинной жизни при наличии смертельно опасного ракового заболевания. Выделен ряд содержательных характеристик переживания подлинности жизни такими людьми.

Ключевые слова: онкологическое заболевание, переживание подлинности жизни, пробуждение к жизни, открытость опыту, наличие субъективного смысла.

В общественном сознании заболевание раком отождествляется с несчастьем, страданием, концом жизни. Люди с диагнозом «онкология» лишены внешних признаков счастливой жизни [18, 19]. Из-за болезни и необходимости длительного лечения они могут лишиться работы, им присваивается инвалидность. Может ухудшиться финансовое состояние, так как человек, с одной стороны, вынужден оставить работу, а с другой – нуждается в деньгах для оплаты лечения [21]. В семьях случаются разлады, когда один из супругов узнает о диагнозе другого. У онкобольных людей снижается социальная активность, удовлетворенность жизнью, появляются физические изменения, которые заставляют людей чувствовать себя неполноценными, инвалидами, а также испытывать в связи с этим страдания, горе, отчаяние, страх смерти [18–20].

Широко распространены стереотипные представления о том, что такое счастье – с его внешней и критериями благополучия и состоятельности – и соотнесение корней этого счастья с составляющими жизни людьми с онкозаболеваниями может сформировать в сознании стереотип: онкобольному недоступна счастливая, подлинная жизнь [17]. Такое отно-

шение самих больных к заболеванию, своему жизненному миру ощущаемо снижается как эффективность лечения, так и качество жизни больных людей [18, 19].

С другой стороны, наблюдения и исследования показывают, что, подчас, столкновение человека с ситуацией, которую он не в силах изменить (включая смертельно опасные, иногда неизлечимые заболевания), становится поводом для проявления подлинных высот человеческого духа. Так, Виктор Франкл [15] и Альфред Лэнгле [7] пишут о ценности отношения, придающего смысл жизни в условиях, которые невозможно изменить. Исследования показывают, что в условиях реального столкновения со смертью люди могут начать жить свою – аутентичную, истинную – жизнь в соответствии со своими настоящими ценностями, устремлениями, смыслами [16], оставляя в стороне типичные ориентации на общепринятые ожидания, требования, нормы и т.п. В концепции К. Роджерса утверждается о стремлении к полной актуализации имеющегося потенциала в людях – даже самых неблагоприятных – условиях.

Исходя из этих соображений и предположек, мы решили выяснить, как переживают свою жизнь больные с онкозаболеваниями, возможно ли переживание подлинной жизни в условиях смертельно опасного заболевания. В данном исследовании мы определяем понятие «подлинная жизнь» через общие для респондентов значимые переживания, которые способствуют полноценному функционированию человека, его самоактуализации, поиску и реализации собственных смыслов. Под «переживанием» в данной статье понимается феноменологическое субъективное состояние, испытываемое людьми.

Цели исследования – выяснить, возможны ли переживания полноты и подлинности жизни людьми, страдающими онкологическими заболеваниями, и каковы содержательные характеристики таких переживаний. В этом состоит центральный исследовательский вопрос данной работы.

В качестве респондентов были привлечены люди, имеющие «стаж» онкологического заболевания не менее года. Основаниями для такого ограничения являются сведения, представленные в публикации Э. Кюблер-Росс «О смерти и умирании» [5]. Автор на основе опыта бесед с терминальными больными выделяет «этапы, которые проходит оказавшийся перед лицом трагической вести человек». Для прохождения всех пяти этапов человеку требуется в среднем от 9 месяцев до года. По истечении года человек способен смириться с тем, что он смертельно болен, принять болезнь, осознать ее как часть своей жизни и трансформировать свои цен-

ностно-смысловые установки в соответствии с новыми условиями жизни. При формировании выборки применялась комбинированная стратегия: 6 из 8 респондентов были выбраны случайным образом, и двое – добровольцы, откликнувшиеся на приглашение.

Некоммерческий фонд «Вместе против рака» предоставил нам списки онкологических больных в возрасте старше 21 года, проходивших лечение в Российском онкологическом научном центре им. Блохина. По этим спискам случайным образом было выбрано 10 человек, которые по телефону или электронной почте получили приглашение принять участие в исследовании. Четыре человека отказались, шесть согласились. Также приглашение к участию в исследовании было размещено в интернет-сообществе людей с онкологическими заболеваниями «Онкобудни». На приглашение изначально откликнулись 4 человека, которые сообщили по электронной почте о своем желании дать интервью, из них двое приняли участие в исследовании. Итого в рамках исследования было проведено восемь интервью, из них семь личных в г. Москва и одно по интернет-программе «Skype», т.к. респондент находится в г. Киев. Все интервью записывались на диктофон, после чего расшифровывались и анализировались.

Восьмь респондентов – четыре мужчины и четыре женщины, в возрасте от 32 до 70 лет с различными видами онкологических заболеваний. Пятеро респондентов на момент проведения интервью находились в состоянии ремиссии, трое проходили амбулаторное лечение.

В приглашении, высланном потенциальным респондентам по электронной почте и размещенном в интернет-сообществе «Онкобудни», обсужалась тема исследования («отношение к своей жизни у людей с онкологическими заболеваниями»), сроки и формат его проведения, условия участия, такие как анонимность и добровольность, в качестве условной «компенсации» или благодарности за участие в исследовании автор исследования предложил каждому участнику проведение одной очной психологической консультации по их запросу.

В качестве метода сбора данных было применено качественное феноменологическое интервью [15] о переживании жизни людьми с онкологическими заболеваниями.

Первая часть беседы была направлена на установление психологического контакта с респондентами, формирование атмосферы доверия и безопасности.

Основная часть интервью включала вопросы, связанные с переживанием жизни в условиях смертельно опасной болезни.

Вопросы интервью.

- Что вы переживали, когда узнали, что у вас рак?
- Какие изменения произошли в вас самом за время болезни? Как вы переживали эти изменения?
- Изменилось ли что-то в отношениях с вашими близкими людьми? Как вы переживали эти изменения?
- Испытывали ли вы за время болезни переживания, которые оказались для вас особенно важны и ценны?
- Как изменилось ваше ощущение жизни и что вы переживали в связи с этим?
- Что для вас важно в жизни?

В ходе интервьюирования появлялись дополнительные вопросы, способствующие прояснению или углублению смысла сказанного респондентом.

Каждое интервью записывалось на диктофон, а затем расшифровывалось. Тексты интервью были проанализированы методом дескриптивного феноменологического анализа. Задача дескриптивного анализа — получить сжатое описание данных, сохраняющее и проясняющее содержание отраженных в них феноменов.

Анализ исходных данных осуществлялся по методу конденсации смысла [4] и содержал следующие этапы:

1. общее знакомство с материалом, получение целостного впечатления;
2. выделение в тексте целостных смысловых фрагментов;
3. краткое переформулирование каждого фрагмента с экспликацией неявных (скрытых) смыслов и переходом от обыденного языка к психологическому;
4. обобщение всего текста в виде краткого описания¹.

В качестве метода анализа данных была применена комбинация дескриптивного и интерпретативного феноменологического анализа, описанных А. Джорджи. [13]

Результаты

При проведении интервью мы отметили, что существует несколько тем, которые затрагиваются практически всеми респондентами, независимо от заданных им вопросов, продолжительности интервью, восприятия жизни и индивидуальных свойств личностей.

На этапе прочтения текстов интервью и конденсации смысла были выделены несколько общих тем, значимых для людей с онкозаболеваниями.

¹ Протоколы и результаты конденсации смысла доступны у авторов статьи – Авт.

Эти темы и их краткое описание представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Значимые темы при описании собственной жизни респондентами с онкологическими заболеваниями

№	Тема	Описание	Примеры
1	Встреча со смертью	Переживания встречи со смертью, возникающие при постановке диагноза	О., респондент № 2 была в шоке, «морально просто убита», по ее словам. Н., Респондент № 1, которой в момент заболевания было 28 лет, испугалась, разволновалась, по квартире бегала», ее первая реакция была – что это смерть и дальше уже ничего не будет. Н., респондент № 7 переживал о жене, беспокоился, как она будет одна, если он умрет. А., респондент № 5 думал о своем сыне, которого нужно было ставить на ноги, беседовал с сыном о том, что из-за болезни он может очень быстро уйти из жизни, поэтому ему важно, чтобы сын был к этому готов
2	Жизнь с болезнью	Включает аспекты: физические изменения, ощущение себя больным человеком, вытеснение болезненно важных составляющих жизни, зависимость от врачей и лечения	Г., респондент № 8 отмечает чувство тяжести, когда думает о том, что «твой собственный организм произвел нечто, что тебя самого съедает, и ты сам с этим абсолютно ничего не можешь сделать, а уповаяшь только на небеса и внешнюю помощь». А., респондент № 5 осознает себя болеющим человеком:

		«да я помню, я знаю, что я раковый больной, у меня была 4-я степень, и сейчас она остается». При этом он нашел верный баланс: не заикливаться на своей болезни, не думать постоянно о том, что ты больной, но и не забывать об этом. Респондент рассказывает, что встречал в больнице немало людей, которые «просто голову опускают и все, как будто кончилась на этом жизнь. Ну, слава богу, с 2006-го года, а сегодня 2013-й, промежуток я живу! Значит, нужно бороться. Можно с этим жить. Даже нужно!» Респондент подчеркивает, что с диагнозом рак не просто можно жить, а обязательно нужно это делать – продолжать жить, но теперь уже учитывая новый фактор своей жизни, болезнь	
3	Внимание к себе	Болезнь побуждает к отвлечению от чрезмерной погруженности в повседневность и побуждает к размышлению и большому вниманию себе в контексте собственной жизни	Н., респондент № 1, например, поняла, что ей важно жить так, как она считает нужным, а не так, как вынуждена бо́льшая женщина с двумя маленькими детьми. Н., респондент № 7, фанатично увлеченный работой (преподавание вокала и звукозапись вокалистов), работавший по 10-12 часов в сутки, после болезни начал обращать внимание на потребности своего организма и давать ему отдых. Например, раньше он не мог допустить мысли о том, чтобы отменить урок в колледже, организма и давать ему отдых.

			Например, раньше он не мог допустить мысли о том, чтобы отменить урок в колледже, а сейчас, если он чувствует недомогание, то предпочитает остаться дома и отдохнуть. Он объясняет это тем, что отдых и внимание к потребностям организма позволят ему быть в лучшей рабочей форме, если ты сегодня хорошо отдохнул – завтра ты хорошо поработаешь
4	Личностные смыслы	Значимые личностные смыслы становятся внутренней опорой, помогающей выживать, справляться с ситуацией, лечиться, чтобы продолжать жить	А., респондент № 5, самым важным в своей жизни считает сына. При этом он деятельный человек, много лет руководит профессиональным училищем, состоит в партии, является спикером парламента в подмосковном городе. Свою жизнь оценивает как прекрасную, «жить-то здорово!», несмотря на потери: в 1995 году от рака умерла его жена и он остался один с 7-летним сыном. Сын и до этого был для него «единственным и неповторимым счастьем», по собственному выражению респондента, а после смерти супруги, стал главным человеком в его жизни
5	Новое качество жизни	Критерии по которым респонденты стали оценивать качество своей жизни, ее подлинность, полноценность	
5.1	Желание жить своей жизнью	Большее внимание к своим потребностям, самостоятельное определение того,	Е., респондент № 4: «Мне стало важно просто жить своей жизнью»

	что важно и что не важно, собственные ориентиры, независимые от внешних влияний	
5.2	Способность радоваться повседневности	Умение замечать и радоваться повседневным явлениям и событиям В., респондент № 3, рассказывает, как зимой сделал кормушку для снегирей и синиц, закупал им на рынке корм – снегирям зерно, синицам – подкармливал их, затем стал фотографировать, появляются красивые фотографии, и он этому рад. Респондент получает наслаждение, когда умывается утренней росой, которую собирает в траве просянкой. «Умылся, помолился, перекрестился, все. Живи! Живи и радуйся»
5.3	Потребность в более сущностных отношениях с другими	Семья становится очень важна, осознается ценность близких людей и отношений с ними, возникает желание быть более открытыми с близкими людьми Е., респондент № 4, говорит о том, как важен ей муж, который поддерживал и подбадривал ее в лечении и стал для нее еще более важен, чем раньше, хотя и до болезни у них были хорошие крепкие отношения. Сейчас Е. испытывает глубокую благодарность к мужу и какую-то особую близость, которая ломает стереотипы об отношениях мужчины и женщины: «У меня такое чувство иногда – мне кажется, я могла бы его на руках носить!»

Обсуждение результатов

Встреча со смертью и пробуждение к жизни
Результаты исследования показали, что люди с онкологическим забо-

леванием, независимо от его тяжести и прогнозов, пережили опыт встречи со смертью. Это переживание оказало значимое влияние на восприятие ими собственной жизни. Участники нашего исследования отмечают, что стали чувствовать жизнь острее. Например, они замечают простые повседневные вещи и радуются им – грибам в лесу, сушкам в поле (Е., респондент № 4), утренней росе, птицам (В., респондент № 3). Так же радостно они воспринимают встречи с друзьями (Н., респондент № 1), возможность просто быть рядом со своей семьей (Е. и Г., респонденты № 4 и № 8). Они не просто замечают эти, казалось бы, привычные и обыденные составляющие повседневности, они воспринимают их будто впервые, испытывают сильные эмоции, потому что видят в этом проявления жизни, и эти проявления очень важны. Это способность к чистому восприятию, спонтанным эмоциям и ощущение полнокровной жизни в каждый момент.

Таким образом, респонденты обнаружили свойство, описанное К. Роджерсом как один из признаков хорошей жизни, которую способен прожить полноценно функционирующий человек, – желание жить здесь и сейчас. К. Роджерс называет стремление жить настоящим – самым существенным признаком хорошей, подлинной жизни [10]. Способность воспринимать каждый момент жизни как новый и уникальный К. Роджерс назвал экзистенциальным образом жизни, описывая полноценное функционирование человека.

Открытость опыту и его принятие

Открытость опыту и готовность принимать безусловно то, что есть, в том числе опыт жизни с болезнью, еще одно свойство, которое продемонстрировали наши респонденты.

Е., респондент № 4, говорит о том, что ты получаешь диагноз – и с этим надо жить. То есть, респондент осознает, что теперь она существует неотрывно от диагноза, который постоянно напоминает о смерти, и это напоминание становится частью жизни, как и болезнь сама по себе. Да, это травмирующий опыт, да, это та составляющая жизни, которую вряд ли кто-либо выбрал бы себе добровольно. Но если она появилась – с ней нужно жить. Так же считает О., респондент № 2: «Ситуация уже произошла, чего ее постоянно будировать, переваривать. Она уже случилась, все! Ее не вернешь назад, значит, надо с ней уже жить».

Ту же мысль буквально утверждает респондент № 5, А.: «Можно с этим жить. Даже нужно! Не дай бог, с кем это случается, но ни в коем случае пасовать нельзя!» Он имеет в виду, что нельзя смиряться и считать, что

все, что осталось в твоей жизни – это болезнь. Болезнь всего лишь стала частью жизни, но не заменила ее. А. осознает себя как ракового больного, но при этом строит свою жизнь как обычно – работает столько, на сколько хватает сил, не делает себе щадящий режим, встречается с друзьями в бане, но при этом гораздо меньше парится, так как это противопоказано онкобольным. До болезни он любил баню, по его словам, никто из его окружения так сильно не парился, как он с другом. Но после того, как врачи запретили, он стал ограничивать себя: ходит в баню, в основном, чтобы пообщаться с друзьями. При этом может ненадолго забежать в парилку, но не разогревать себя, а просто для того, чтобы ощутить это удовольствие. А. не считает, что это ограничение как-то повлияло на его жизнь, он принял его как одно из условий существования.

Респонденты принимают свою болезнь как фактор, который дан им для чего-то. Например, Г., респондент № 8, уверен, что он заслуживает эту ситуацию, что она послужила катализатором и помогла в довольно небольшой срок осознать значимость семьи и ограниченность времени, отведенного на жизнь. О., респондент № 2, считает, что может быть болезнь дана ей для того, чтобы обратиться к себе, своим потребностям и желаниям, а не только жить ради детей. Эту же мысль находим у одного из героев фильма «Победить рак» (документальный фильм, автор и режиссер – Катерина Гордеева. Россия, 2012 г.): «Многие заболевшие раком задают себе вопрос “За что?”. Это неправильный вопрос. Надо спрашивать себя “Для чего?”».

Открытость опыту проявляется не только в принятии болезни, физических изменений, но и в принятии всего нового, что раньше не рассматривалось респондентами как возможное для себя. Например, респондент № 7, Н., который до болезни только преподавал вокал и записывал аудиоальбомы других исполнителей, теперь сам начал петь и записывать собственный альбом. Это его удивляет, он переживает растерянность, так как не знает, что с этим делать, но не отказывается от этого опыта, несмотря на имевшуюся до этого уверенность в том, что он свое отпел в молодости и больше не будет этого делать.

Заметим также, что не всегда респонденты открыты новому опыту, особенно если этот опыт травмирующий. Например, респонденты № 2 О. и № 6 Н., ситуации которых подробно разобраны ниже, еще не символизировали (по К. Роджерсу) свой опыт в качестве онкобольных людей. Они ценят возможность работать, постоянно быть занятыми, активными, и это для них способ отвлечься от болезни, разотождествить себя с ролью

онкобольного. Таким образом, респонденты пытаются избегать болезни, несмотря на то, что живут с диагнозом одна больше 10 лет, другая – больше 20. Заметим, что болезнь при этом будто напоминает им о себе. Так, О., которой диагноз впервые был поставлен в 2002 году, успешно лечилась и 8 лет находилась в ремиссии, но в 2010 г. у нее случился рецидив, обнаружили метастазы и ей снова назначили лечение. Н. заболела раком дважды – в 1992 году у нее был рак молочной железы, а в 2009 обнаружили рак почки.

Подлинная жизнь, на наш взгляд, возможна, когда человек признает, что болезнь стала частью его жизни, и теперь нужно жить, учитывая эту составляющую. Учитывать, но не делать ее ключевой, или, наоборот, не игнорировать ее существование, не пытаться от нее убежать.

В целом такое свойство как открытость новому опыту дает человеку возможность жить более полной жизнью. К. Роджерс описывает это так, что человек переживает «более широкий диапазон жизни, более яркий по сравнению с тем “суженным” существованием, которое ведет большинство из нас» [11].

Самоотождествление и возможность подлинной жизни

Еще одно наблюдение, которое мы сделали в ходе анализа результатов, показывает, как связаны самоотождествление человека и возможность проживания подлинной жизни. Здесь мы опираемся на анализ актуальной эмпирической личности, сделанный А.Б. Орловым [9]. А.Б. Орлов показывает нетождественность личности и сущности человека, и описывает два процесса самоотождествления – персонализацию и персонификацию. Персонализация ведет человека по пути усиления его личностной составляющей, фасадов и масок личности. Персонификация направлена в противоположную сторону, то есть к сущности человека, к своим контрэнтным, аутентичным состояниям, желаниям, ценностям.

Упомянутые выше респонденты № 2 и № 6, на наш взгляд, не достигают полноценной подлинной жизни в силу того, что респонденты видят ее только через призму своих социальных ролей. У одного из респондентов фасад сильной женщины мешает близким, сущностным отношениям с детьми, у другого утрата этого фасада ведет к укреплению роли ракового больного, и уводит от контакта с собственной сущностью.

Здесь же мы считаем важным отметить отличие представленных выше ситуаций от двух других, описанных респондентами № 5 и № 7. По форме эти ситуации выглядят схожими. А., респондент № 5, активный, увлеченный своей работой, возглавляет профессиональное училище, является де-

путатом местного парламента, членом партии, у него всегда много рабочих задач – подготовиться к профессиональной аттестации, сделать ремонт в помещении училища, принять решение об участии в очередных выборах и так далее. Н., респондент № 7, увлеченный работой, фанат своего дела, преподаватель по вокалу и саунд-продюсер. Оба этих респондента, на первый взгляд, как респонденты № 2 О. и № 6 Н., самоосуществляются через профессиональную деятельность, для них важна роль активного делового или творческого человека. Но, на наш взгляд, ключевое отличие этих двух респондентов от предыдущих – в осмысленности ситуации, в значимости ситуации для каждого из них. Респондент № 7, Н., занимается своей работой по любви, он действительно увлечен творчеством, он считает это своим призванием, он получает удовольствие от процесса и результата, он переживает о своих учениках. Во время лечения он, например, меньше думал об исходе операции и больше – о том, как выступит на конкурсе исполнителей в Юрмале его ученик, и сожалел о том, что не может сопроводить его, так как вынужден оставаться в больнице. Н. рассказывает о том, как сердился на свое плохое самочувствие после химиотерапии, так как оно мешало ему хорошо подготовиться свою ученицу к прослушиванию. Респондент № 5, А., также рассматривает свою работу как призвание, как то, что он умеет и любит делать. Он рассказывал, что закончил несколько вузов и курсов повышения квалификации для того, чтобы стать более компетентным как педагог и руководитель, для него это важная составляющая работы – постоянно учиться, развиваться в выбранной сфере. А. приводит примеры из своей работы, рассказывает о том, как общается с учениками, объясняет, почему почти никогда не повышает на них голос, и что означает ситуация, если он все-таки повысил голос. Интервью проходило в офисе фонда «Вместе против рака», который в тот момент находился на этапе завершения капитального ремонта, и А. заинтересовался ремонтом, осмотрел планировку офиса, отделку, инженерные решения. Это связано с тем, что он планировал летом делать ремонт в своем училище, поэтому ему было интересно увидеть, как происходит ремонт офиса.

Все эти детали говорят нам о том, что для № 7 Н. и № 5 А. их работа – это один из способов самоосуществления, проявления своей сущности. Это не фасад, который укрепляют, чтобы сохранять себя в определенной важной роли, а скорее, это значимая часть жизни, осмысленная, и нужная им сама по себе. У № 2 О. и № 6 Н. работа в большей степени выполняется функцию поддержания фасада, укрепления роли сильной независимой

женщины, они не приводят примеров из своей работы, не объясняли, чем именно занимаются и что в содержании этой работы для них важно и ценно. Они говорят о том, что на работе «ты все время на людях», «чувствуешь себя нужной», «нужно держать лицо», «много общения, поездок», «все время чем-то занята».

Таким образом мы отмечаем, что среди респондентов есть как те, кто осуществляет себя, так и те, кто укрепляет свои роли, фасады. Более конструктивными и убедительными выглядят респонденты, относящиеся к первой группе. Они открыты новому опыту, доверяют своим организмическим реакциям, находясь в контакте со своей сущностью – то есть живут подлинной жизнью.

«Жить свою жизнь»

Респонденты не раз упоминали о том, что после болезни им стало важно жить своей жизнью, делать то, что они сами считают важным и приоритетным. Например, респондент № 1, Н., осознала, что в ее жизни множество важных вещей, которые ей ценны – это и общение с друзьями, и собственные дети, и возможность легко относиться к сложным ситуациям, и возможность не вкладывать свои силы в работу и карьеру, а просто зарабатывать деньги на жизнь. До болезни у Н. была стандартная счастливая жизнь: семья с любимым мужем и двумя детьми, достаток, карьера, отдельная квартира, машина. И несмотря на то, что сейчас почти все составляющие этой жизни утрачены (с мужем развелась, достаток снизился, машину продала, карьеру не строит), она чувствует себя более счастливой и даже замесила, что стала больше улыбаться. Во время интервью Н. выразила сожаление по поводу того, что дети перестали быть для нее главным смыслом жизни, что она уже не готова посвящать себя только им, хотя в свое время, когда началось лечение, она решила, что обязательно должна выжить ради детей. Теперь же ей грустно оттого, что это выглядит так, будто она плохая мать. Но в процессе беседы интервьюер поделился своим взглядом на ситуацию, который Н. активно поддерживала: дети не стали для нее менее важны, просто в жизни появилось много других важных вещей, и дети перестали выделяться, оказалось, что важного и ценного может быть много, и со всеми важными для тебя вещами можно быть. И это, на наш взгляд, говорит о том, что респондент выбрала «жить свою жизнь».

О том, что человек живет свою жизнь, свидетельствует также его готовность брать на себя ответственность за эту жизнь. Г., респондент № 8, говорит, что главное изменение, которое произошло с ним в связи с болезнью,

нью — он осознал, что время жизни ограничено (о чем ему было известно и раньше, но это знание было абстрактным) и нужно правильно его расходовать. При этом Г. замечает: «Причем по факту я расходую его не так уж рационально, вот честно. Но, по крайней мере, я сейчас понимаю, что это моя ответственность. Что это я буду отвечать, если расходую его не туда».

Еще один пример ответственности за собственный выбор мы находим у респондента № 3, В. Несмотря на противопоказания, он не отказывается от тех важных составляющих своей жизни, которые всегда приносили ему радость — это солнце и баня. Он стал меньше времени проводить на солнце и в парилке, но полностью отказываться от них не намерен. При этом В. понимает, что такой образ жизни увеличивает риск рецидива заболевания и неблагоприятного прогноза, но готов взять на себя ответственность за это. «Что на моем роду написано, то и будет. Не сегодня — через 10 лет умру. Или через год. Это не важно. Но урезать себя я не буду», — говорит В.

А., респондент № 5, например, решил отказаться от участия в парламентских выборах, хотя у него есть хорошие шансы победить. Он просто считает, что ему это не нужно, для себя он не видит смысла в этой деятельности.

Е., респондент № 4, сформулировала идею «жить свою жизнь» буквально. Когда она говорила о том, что ей стали не важны внешние судженья, новые шубы и телевизоры, мы спросили, а что же ей важно. И Е. ответила: «А мне важно свое. Как я себя воспринимаю и что думаю обо мне близкие и дорогие мне люди». На наш взгляд, это и есть ощущение, что человек живет свою жизнь, различает действительно значимые для него аспекты жизни и незначимые, ориентируется на свои сущностные потребности. Иллюстрацией к этому тезису может послужить эпизод из жизни Е., о котором она рассказала с радостью и энергией: она уговорила своего мужа оставить на лето работу, чтобы они вместе могли провести летние месяцы за городом, на даче. Несмотря на то, что финансовое положение их семьи сейчас нестабильное, Е. более важно побыть с ее самым близким человеком.

Респонденты, которые «живут свою жизнь» продумывали уход от должностирования, от удовлетворения ожиданий других, отказ от необходимости соответствовать внешним критериям счастливой жизни (например, сохранять семью, двигаться вверх по карьерной лестнице, заботиться о финансовом благополучии). Они выбирают свободу быть собой — сами определяют, что действительно значимо для них, а что нет, берут

на себя ответственность за свою жизнь.

Личностный смысл как фактор витальности жизни

Одно из наблюдений, сделанных в ходе анализа интервью, относится к респондентам, которые утверждают, что онкологическое заболевание не внесло существенных изменений в их жизнь (респонденты № 3, № 5, № 7). На вопросы исследователя о том, изменилась ли как-то их жизнь в связи с заболеванием, трое перечисленных респондентов ответили, что изменений не произошло. Сами респонденты формулируют это утверждение следующим образом:

— Сейчас вы уже вышли [из болезненного состояния], и жизнь у вас такая же, как раньше? (Психолог)

— Да. И даже как-то поактивнее, мне кажется (Н., респондент № 7)

— Абсолютно ничего не изменилось. Как я жил своей жизнью, так я и живу (А., респондент № 5)

— Жизнь у меня не прекратилась. Она так же протекает... Она [болезнь] меня ни вправо, ни влево (В., респондент № 3)

Мы отметили, что у каждого из этих трех респондентов есть свой смысл жизни. Для Н., респондента № 7, это любимое дело — вокальное искусство, для А., респондента № 5 — забота о сыне, который с 7 лет рос без мамы, для В., респондента № 3 — радость жизни. Эти персональные смыслы появились не в связи с болезнью или после нее, они существовали у респондентов и задолго до болезни, были осознаваемы, ценны. Мы предполагаем, что в связи с этими смыслами, реакция респондентов на известие о том, что у них рак, отличалась от привычной для многих онкопациентов.

Известие о том, что у человека онкозаболевание, является травмой, и обычно сопровождается такими реакциями как шок, потрясение, отрицание, ощущение безысходности, разрушения или утраты чего-то важного. В описываемых случаях мы отметили, что все трое респондентов отнеслись к диагнозу рак более спокойно. Н., респондент № 7, переживал неожиданность и интерес: что это за заболевание, как оно развивается, как лечится, что будет происходить? А., респондент № 5, отнесся как к задаче, которую нужно решить: настроиться на лечение, лечь на операцию, выполнять назначения врачей. В., респондент № 3, которому рекомендовали срочно удалять почку вместе с опухолью, говорит, что переживаний не было, «просто как зуб вырвал — и все».

Мы объясняем такую реакцию тем, что наличие у каждого из этих респондентов их собственного смысла помогает им, как говорит Д. Бьюд-

женталь, «ощущать витальность нашей жизни» [2]. Именно поэтому, на наш взгляд, респонденты, узнав о своем диагнозе, не испытывали ярко выраженных отрицательных эмоций, так как болезнь, даже угрожающая жизни, тем не менее, не может лишить их тех смыслов, которые наполняют людей «более полной, витальной жизненностью» [2].

Болезнь, угрожающая жизни, актуализирует у них успешный опыт преодоления трудных ситуаций, укрепляет те механизмы совладания, которые уже были сформированы. В то же самое время, респонденты находят в себе ресурсы, позволяющие им справиться с новой ситуацией, быть в ней наиболее конструктивными, не консервировать исходное состояние, а встраиваться в поток жизни и адаптироваться к нему. Смыслы могут появляться, трансформироваться под влиянием обстоятельств, актуальное состояние человека порождает свои смыслы или влияет на сложившееся понимание смысла жизни [3]. В травмирующей ситуации надежный источник уверенности, опоры – внутренние ресурсы самого человека. Это примеры того, что люди способны наилучшим образом справляться с внешними ситуациями, потому что у них присутствует уверенность в себе «как надежных инструментах взаимодействия с жизнью» [11].

Итак, на основе анализа результатов исследования мы утверждаем, что подлинная жизнь у людей с онкозаболеваниями – это процесс, для которого характерны следующие переживания:

- пробуждение к жизни,
- открытость новому опыту,
- наличие смысла,
- контакт со своей сущностью,
- желание и стремление жить свою, аутентичную жизнь.

Данные переживания в том или иной степени отмечаются у всех участников исследования, при этом люди в целом оценивают свою жизнь положительно, отмечают ее безусловную ценность. В ходе бесед с респондентами мы старались не употреблять формулировку «счастье» или «счастливая жизнь», чтобы не вызывать стереотипных ответов. Преимущественно мы спрашивали о том, что важно для людей в жизни, о чем они мечтают, что думают про свою жизнь. Таким образом, интересующий нас феномен подлинной, аутентичной жизни был наполнен индивидуальным и уникальным содержанием, предьявленным респондентами. Это содержание было выявлено не через готовые формулировки и конструкции, а феноменологически, через описание поведения, ценностей и пережива-

ний, которые содержались не только в текстах респондентов, но и в их эмоциональных и невербальных реакциях.

Подлинная жизнь как совокупность перечисленных выше переживаний является доступной для людей с онкозаболеваниями, она способствует их самоактуализации и осуществлению себя. Заметим, что респонденты редко обращались к конструкции «счастье» при оценке своей жизни, а среди значимых для них факторов жизни минимально представлены внешние, такие как карьера, благополучие, финансовая стабильность, удовлетворенность работой или браком. Никто из респондентов не сказал, что стремится к счастью, скорее, самое важное для них – продолжать жить. Также мы не стали бы утверждать, что у наших респондентов преобладает позитивная направленность эмоций. В ситуации болезни на человека оказывает существенное влияние его физическое состояние, поэтому в периоды лечения и плохого самочувствия у наших респондентов преобладает, скорее, негативная направленность: они испытывают отчаяние, страдание, безысходность, тревогу, усталость, разочарование, опустошенность. Тем не менее, несмотря на опыт этих переживаний, респонденты испытывают благогарность к данной ситуации, которая помогла им изменить отношение к себе и к жизни, узнать свои возможности, и начать «жить свою жизнь» – это свойство мы бы отметили как ключевой признак подлинности жизни.

Результаты исследования говорят о необходимости разводить понятия счастье/счастливая жизнь и полноценная/подлинная жизнь. Подлинная жизнь предполагает максимально возможную самоактуализацию в имеющихся условиях. Эти условия могут быть благоприятными или неблагоприятными – как, например, в случае тяжелого заболевания. Но в случае такой максимальной самоактуализации человек понимает, что живет наилучшую для себя жизнь в наличных условиях. И, несмотря на трудности этих условий, испытывает удовлетворение и спокойствие совести – как органа экзистенциальной тревоги. В понятии «счастье/счастливая жизнь» делается акцент на преобладающих ярких позитивных переживаниях. Эти переживания могут быть как ситуативными, так и продолжающимися. Чаще эти позитивные переживания, характеризующие счастливую жизнь, определяются благоприятными условиями и событиями. При этом человек может не вести полноценную жизнь. Конечно, и наоборот, полноценное функционирование может сопровождаться не только чувствами глубокого удовлетворения, но и счастьем – при соответствующих благоприятных условиях и событиях. Можно

не быть счастливым и в то же время жить полноценную жизнь. Можно испытывать состояния ситуативного счастья – но в глубине души не испытывать спокойствия и удовлетворения, т.к. не проживается истинная подлинная жизнь.

Все это позволяет нам сделать предположение, что категория «счастье», активно развиваемая в современной позитивной психологии [1, 12, 22, 23], и подчеркивающая как внешние, так и внутренние корреляты состояния счастья, не соответствует жизни и состоянию больных смертельным заболеванием. Но понятия «подлинная жизнь» и «полноценное функционирование», развиваемые в человекоцентрированном подходе и гуманистической психологии, вполне релевантны для описания жизни таких людей.

Ценность полученных данных нам также видится в том, что они подтверждают, уточняют и конкретизируют характеристики подлинной жизни, описанные ранее в работах А. Маслоу и К. Роджерса [8, 10, 11].

Нужно отметить, что в выборку нашего исследования не попали люди, которые воспринимали диагноз онкологического заболевания как приговор, испытываю отчаяние и депрессию в связи с этим. Мы отчетливо понимаем, что такие люди есть. И им требуются не только медицинская, но и психологическая помощь и поддержка. Важнее же для нас то, что исследование показывает, что даже в условиях смертельно опасного заболевания возможно жить полной, аутентичной подлинной жизнью. Этот вывод представляется нам чрезвычайно важным и терапевтичным по отношению к больным. По отношению же к здоровым хочется поставить майевтический вопрос: стоит ли дожидаться критических неизменяемых обстоятельств, чтобы начать жить полноценно и истинно?!

Выводы

1. Для людей с онкологическими заболеваниями возможна подлинная жизнь.
2. Подлинная жизнь переживается через пробуждение к жизни, открытость опыту, наличие субъективного смысла, контакт со своей сущностью и переживание «жизни своей жизнью». При этом ключевая составляющая подлинной жизни – переживание «жизни свою жизнь».
3. Понятия «полноценная/подлинная жизнь» и «полноценное функционирование», развиваемые в человекоцентрированном подходе и гуманистической психологии, вполне релевантны для описания жизни людей с онкозаболеваниями.

Список литературы

1. Аргайл М. Психология счастья. СПб: Питер, 2003.
2. Бьюдженталь Д. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии. М.: Класс, 1998.
3. Иванова В.В. Общие вопросы самосознания личности. М.: б/и, 1999.
4. Квале С. Исследовательское интервью. М.: Смысл, 2009.
5. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. М.: София, 2001.
6. Леонтьев Д.А. Экзистенциальная тревога и как с ней бороться // Московский Психотерапевтический Журнал. 2003. № 2.
7. Лэнгле А. Жизнь наполненная смыслом: Прикладная логотерапия. М.: Генезис, 2004.
8. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.: Питер, 2011.
9. Орлов А.Б. Психология личности и сущности человека. М.: ИЦ Академия, 2002.
10. Роджерс К. Клиенто-центрированная терапия. М: Рефл-Бук, 1997.
11. Роджерс К. О становлении личности: Психотерапия глазами психотерапевта. М.: Прогресс, 1994.
12. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни. М.: София, 2006.
13. Улановский А. Проекты описательных психологий и описательные исследования в психологии. М.: ВШЭ, 2012.
14. Улановский А. Феноменологический метод в психологии, психиатрии и психотерапии // Методология и история психологии. М. 2007. Т.2. Вып. 1. С. 130-150.
15. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.
16. Ялом И. Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти. М.: Эксмо, 2009.
17. Diener E. Findings on subjective well-being and their implications for empowerment // Presented at the World Bank Workshop in Washington, DC on February 4 and 5, 2003. URL: siteresources.worldbank.org
18. Hoffman K.E., McCarthy E.P., Recklitis C.J., Ng A.K. Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer: results from a national survey // Archives of internal medicine. 2009. Vol. 169 (14). URL: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19636028>
19. Koffman J., Morgan M., Edmonds P., Speck P., Siegert R., Higginson I.J. Meanings of happiness among two ethnic groups living with advanced cancer in south London: a qualitative study // Psychooncology. 2013 May. Vol. 22 (5). URL: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22639245>

20. *Kuroki M.* Crime victimization and subjective well-being: Evidence from happiness data / *Journal of happiness studies*, 2012. URL: <http://springer.com>
21. *Pagan R.* Job satisfaction and domains of job satisfaction for older workers with disabilities in Europe / *Journal of happiness studies*. 2012. URL: <http://springer.com>
22. *Ryan R.M., Deci E.L.* On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being // *Annual review of psychology*. 2001.
23. *Seligman M., Csikszentmihalyi M.* Positive psychology: An introduction // *American psychologist*. Vol 55(1). Jan 2000. P. 5-14.

НАШИ АВТОРЫ

Архипова Оксана Васильевна – кандидат психологических наук, медицинский психолог ГБУ Пансионат для ветеранов труда № 31 ДСЗН, г. Москва.

Грэндфилд Элизабет – магистр психологии, кафедра психологии, Калифорнийский государственный университет, Фуллертон, США.

Демина Кристина Владимировна – выпускник магистратуры НИУ «Высшая школа экономики» по направлению «Политология», г. Москва.

Жильцова Татьяна Михайловна – психолог, Институт психологии им. Л.С. Выготского, РГГУ, г. Москва.

Зайцева Юлия Борисовна – младший научный сотрудник Психологического института РАО, г. Москва.

Зулкарнаев Тимур Шарабудинович – выпускник магистратуры НИУ «Высшая школа экономики» по направлению «Политология», управляющий по развитию электронных каналов коммуникации Промсвязьбанка, г. Москва.

Кожарина Людмила Александровна – кандидат психологических наук, начальник отдела по воспитательной работе со студентами, РГГУ, г. Москва.

Колпачников Вениамин Валентинович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии личности факультета психологии НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва.

Кулешова Екатерина Николаевна – кандидат психологических наук, психолог, преподаватель, г. Москва.

Малашенкова Елена Владимировна – заведующая реабилитационным оздоровительно-физкультурным комплексом ГБУ Пансионат для ветеранов труда № 31 ДСЗН, г. Москва.

Марелих Вильям Д. – доктор наук, кафедра психологии, Калифорнийский государственный университет, Фуллертон, США.

Минигалиева Мариям Равильевна – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник кафедры психологии развития и образования, руководитель лаборатории социально-психологического сопровождения семьи и детства Центра социально-гуманитарных исследований Калужского государственного университета им. К.Э. Циолковского.

Миннигалиева Гульнара Афрузовна – кандидат педагогических наук, доцент кафедры экономики и управления в негосударственных некоммерческих организациях факультета государственного и муниципального управления НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва.

Печуричко Екатерина Константиновна – магистр психологии, психолог некоммерческого фонда «Вместе против рака», г. Москва.

Хижнякова Ирина Сергеевна – выпускник магистратуры НИУ «Высшая школа экономики» по направлению «Политология», менеджер проектов LUXOFT, г. Москва.

Цыплакова Людмила Борисовна – заслуженный работник социальной сферы, г. Москва.

Шелтон Эрин – магистр психологии, кафедра психологии, Университет Южной Калифорнии, США.

Юсупова Лилия Мансуровна – выпускник магистратуры НИУ «Высшая школа экономики» по направлению «Политология», г. Москва.