Научная статья
УДК 159.9.07
DOI: 10.47475/2411-0590-2025-12-4-530-544

Формирование виктимной позиции у неизлечимо больных осуждённых: роль идентификации с ролью больного

Юрий Юрьевич Кучкарёв

ФКЛПУ МБ-10 УФСИН России по Вологодской области, г. Вологда, Россия
kuchkarev_adunktura@mail.ru
https://orcid.org/0009-0000-7194-6037

Аннотация. В статье рассматриваются особенности формирования и проявления внутренней позиции «Я – больной» у осужденных с неизлечимыми заболеваниями в условиях пенитенциарной системы. Анализируются факторы, влияющие на отношение к болезни, такие как локус контроля, социальная стигматизация, деформация временной перспективы и депривация гедонистической ориентации. Описываются типичные эмоциональные реакции (отрицание, озлобленность, страх, депрессия, суицидальные наклонности) и их связь с принятием негативной идентичности «Я – больной». Обсуждается влияние социальной среды и необходимость психокоррекционной работы, направленной на формирование позитивного отношения к жизни, снижение уровня суицидальности и рецидива преступлений, а также на содействие ресоциализации данной категории лиц. Особое внимание уделяется аспекту изоляции и нахождения в режиме исправительных учреждений, отсутствие перспективы выздоровления усиливает чувство беспомощности, что способствует закреплению виктимной позиции. Отмечается, что такая позиция усиливается в условиях отсутствия эмоциональной поддержки и конструктивного взаимодействия с обществом. Определены направления психологической поддержки с целью сохранения целостности личности и предотвращения деструктивного поведения. Подчеркивается необходимость индивидуального подхода и недопустимость оставления осужденного наедине со своими переживаниями.

Ключевые слова: неизлечимая болезнь, осужденные, пенитенциарная система, позиция «Я – больной», локус контроля, психокоррекция

Для цитирования: Кучкарёв Ю. Ю. Формирование виктимной позиции у неизлечимо больных осужденных: роль идентификации с ролью больного // Виктимология. 2025. Т. 12, № 4. С. 530–544. DOI: 10.47475/2411-0590-2025-12-4-530-544

© Ю. Ю. Кучкарёв

Research article

Development of a Victim Position in Terminally Ill Convicts: The Role of Identification with the Role of the Patient

Yuri Yu. Kuchkarev

Senior Psychologist, Psychological Laboratory Federal State Medical and Preventive Institution MB-10, Federal Penitentiary Service of Russia for the Vologda Oblast, Vologda, Russian
kuchkarev_adunktura@mail.ru
https://orcid.org/0009-0000-7194-6037

Abstract. The article examines the peculiarities of the formation and manifestation of the internal position "I am sick" among convicts with incurable diseases in the penitentiary system. The factors influencing the attitude to the disease, such as the locus of control, social stigmatization, deformation of the time perspective and deprivation of hedonistic orientation, are analyzed. Typical emotional reactions (denial, anger, fear, depression, suicidal tendencies) and their connection with the adoption of the negative identity "I am sick" are described. The influence of the social environment and the need for psychocorrective work aimed at forming a positive attitude to life, reducing the level of suicidality and recidivism, as well as promoting the re-socialization of this category of people are discussed. Special attention is paid to the aspect of isolation and being in correctional institutions, the lack of a prospect of recovery increases the feeling of helplessness, which helps to consolidate the victim position. It is noted that this position is reinforced in the absence of emotional support and constructive interaction with society. The directions of psychological support have been identified in order to preserve the integrity of the individual and prevent destructive behavior. It emphasizes the need for an individual approach and the inadmissibility of leaving the convict alone with his feelings.

Keywords: terminal illness, prisoners, penal system, "I am Sick" position, locus of control, psychocorrection

For citation: Kuchkarev YuYu. Development of a Victim Position in Terminally Ill Convicts: The Role of Identification with the Role of the Patient. *Victimology*. 2025;12(4):530-544. DOI: 10.47475/2411-0590-2025-12-4-530-544 (In Russ.)

Введение

В современных условиях реформирования уголовно-исполнительной системы Российской Федерации оптимизация психокоррекционной работы с различными категориями осужденных является ключевой задачей. В контексте роста распространенности неизлечимых заболеваний (онкологических, ВИЧ-инфекции/СПИДа, вирусных гепатитов) среди осужденных особую актуальность приобретает изучение внутренней позиции «Я – больной» у данной категории лиц.

Позиция «Я – больной» представляет собой сложное интегративное образование, включающее когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты, отражающие субъективное восприятие индивидом своего заболевания, его влияния на идентичность и жизненные перспективы. У осужденных с неизлечимыми болезнями, находящихся в условиях пенитенциарного учреждения, формирование данной устойчивой внутренней позиции может приводить к дезадаптации, снижению комплаентности к лечению, развитию депрессивных и тревожных расстройств, а также к суицидальным тенденциям.

В этой связи эмпирическое исследование динамики формирования и трансформации внутренней позиции «Я – больной» у неизлечимо больных осужденных, а также факторов, оказывающих влияние на этот

процесс (личностные особенности, социальная поддержка, стигматизация, условия содержания), представляется необходимым для разработки эффективных психокоррекционных программ, направленных на повышение адаптивных способностей, совладание с болезнью и улучшение качества жизни данной уязвимой категории лиц, находящихся в местах лишения свободы. Акцент должен быть сделан на формировании конструктивного отношения к болезни, мобилизации внутренних ресурсов и сохранении позитивной идентичности, несмотря на наличие серьезного, неизлечимого заболевания.

Материал и методы

По данным ФСИН России на 20.12.2024, в учреждениях УИС от туберкулеза лечились 9209 человек, заболеваемость — 78,8 на 100 тыс. чел.[1]. Это подчеркивает остроту проблемы. Однако, помимо туберкулеза, в местах лишения свободы существуют и другие неизлечимые заболевания, требующие внимания. Необходима дополнительная информация для лиц, заинтересованных в оказании помощи осужденным с такими патологиями, для более эффективного решения существующих проблем.

К концу 2024 года число ВИЧ-инфицированных осужденных в местах лишения свободы достигало 51 627 человек. Само по себе наличие неизлечимого заболевания, усугубленное перспективой летального исхода, способно спровоцировать у осужденного деструктивные изменения в социальной сфере и поведении. Это может проявляться в разрыве социально полезных связей, нарушении режима содержания, агрессивном поведении, утрате важных социальных навыков и фиксации на роли больного с полным отказом от других социальных ролей. В конечном итоге, подобные изменения существенно затрудняют процесс ресоциализации и адаптации к жизни на свободе после освобождения [7, с. 31].

В психологической науке отношение к жизни трактуется как структурированная система, определяющая смысловые ориентиры и цели личности, а также регламентирующая стратегии их достижения (С. Л. Рубинштейн, Б. С. Братусь, А. Н. Леонтьев, А. Г. Асмолов, Е. А. Березина, М. И. Бобнева, А. В. Серый, Н. И. Непомнящая, Ю. М. Кузнецова и др.). Поддержание жизни рассматривается как условие дальнейшего личностного роста и самосовершенствования. Особого внимания заслуживают работы В. В. Беляевой и Е. В. Покровского, посвященные изучению специфики личности у лиц, инфицированных ВИЧ.

В рамках зарубежной психологической традиции необходимо обратить внимание на исследования А. Адлера, который рассматривал взаимосвязь между поведением индивида и его жизненным смыслом, а также общей направленностью жизни. Автор предложил детализированное понимание поведенческих смыслов, соотносимых с индивидуальным жизненным стилем и стратегическим жизненным планом [1].

В психологии на сегодняшний день существуют два основных подхода к объяснению структурирования жизненного пути личности посредством планирования и реализации сценариев [9, с. 115]. Первый подход, представленный в работах отечественных ученых (С. Л. Рубинштейна, Б. Г. Ананьева и др.), акцентирует сознательный выбор и регулирование жизненного процесса самой личностью. Второй подход (А. Адлер, К. Роджерс, Э. Берн и др.) базируется на идее преимущественно бессознательного формирования жизненного плана, закладываемого в раннем детстве. В целом в психологии проблема отношения к жизни рассматривается в двух плоскостях: через призму понимания смысла жизни как высшего интегративного фактора, определяющего личность, и как структурного компонента сознания и человеческой деятельности [4, с. 57].

[1] Статистические данные // Федеральная служба исполнения наказаний: офиц. сайт. URL: https://pda.fsin.gov.ru/structure/medicine/statisticheskie-dannye-/index.php (дата обращения: 29.07.2025).

Описание исследования

Формирование отношения к жизни у осужденных — процесс глубоко индивидуальный, обусловленный уникальным сочетанием личностных характеристик, мировоззренческих установок, системы ценностей и убеждений. Однако для неизлечимо больных осужденных характерна тенденция к пессимистической оценке перспектив, а также проявление апатии и безразличия к собственному существованию. В данном контексте отношение к жизни детерминируется ценностной ориентацией индивида и проявляется в принятии или непринятии жизни как таковой, принятии себя, осознании ответственности за свою судьбу, а также в наличии или отсутствии мотивации к личностному росту и развитию. Важно учитывать, что в условиях пенитенциарного учреждения, особенно при наличии тяжелого или неизлечимого заболевания, формирование устойчивой позиции «Я – больной» может существенно искажать вышеописанные процессы, приводя к закреплению негативных установок и снижению адаптивных ресурсов личности [13, с. 123].

Формируемое у осужденного отношение к жизни определяет вектор его направленности, проявляющийся в доминирующих целях, мотивах деятельности, интересах, идеалах, убеждениях, системе межличностных отношений, а также в жизненных планах и перспективах, которые конструируются на основе потребностей, стремлений и желаний [3, с. 41]. Желание, по сути, представляет собой осознанное осознание потребности в конкретном объекте или состоянии. Стремление возникает при интеграции волевого компонента в структуру желания, а интерес выступает в качестве когнитивной формы направленности на определенные предметы или явления. Примечательно, что для значительной части осужденных (независимо от пола) характерны преимущественно материальные, примитивные и развлекательные интересы [6, с. 15]. Убеждения, являясь высшей формой направленности, представляют собой систему внутренних мотивов, побуждающих личность действовать в соответствии со своими взглядами и принципами [14, с. 105]. Важно подчеркнуть, что у осужденных, особенно страдающих неизлечимыми заболеваниями, формирование конструктивной направленности может быть затруднено из-за доминирования негативных эмоциональных состояний и сужения временной перспективы.

Психологическая характеристика отношения к жизни у неизлечимо больных осужденных тесно связана с формированием внутренней позиции «Я – больной» и представляет собой сложный, многослойный феномен, отражающий глубокие эмоциональные переживания и адаптационные механизмы личности в условиях экстремального стресса. Центральным элементом этого отношения становится восприятие времени — настоящее, прошлое и будущее приобретают особое значение. Для таких индивидов, находящихся на грани жизни и смерти, временная перспектива перестает быть линейной и трансформируется в цикличную структуру, насыщенную чередующимися состояниями отчаяния и надежды. Наличие тяжелого заболевания формирует специфические модели поведения, которые могут существенно отличаться от привычных и устойчивых социальных норм. Это, в свою очередь, отражает внутреннее напряжение между ролью больного и другими социальными идентичностями. В результате позиция «Я больной» становится ключевым фактором, влияющим на самоощущение, мотивацию и возможности адаптации в условиях пенитенциарной среды [9, с. 18].

Осознание неизлечимости у осужденных порождает экзистенциальные размышления о конечности существования. Утрата контроля над судьбой вызывает гнев, тоску и смирение. Осужденный принимает роль «больного», демонстрируя определенные эмоции и адаптируясь к социальной роли. Такие эмоции ведут к переосмыслению ценностей — от поиска смысла в страданиях до примирения. Происходит некое

притупление потребностей, исчезает самоактуализация и начинает доминировать физиологическое благополучие [21, с. 370].

Взаимодействие с сотрудниками администрации и другими заключенными оказывает значительное влияние на формирование отношения к жизни осужденных с терминальными заболеваниями. Данные взаимоотношения могут выступать как источником социальной поддержки, так и фактором стигматизации и обвинений. Стремление к самовыражению и обретению смысла в сложившейся ситуации становится ключевым механизмом адаптации к надвигающейся смерти. В условиях пенитенциарной изоляции, характеризующейся депривацией социальных контактов, поддержка со стороны окружающих приобретает особую значимость. Установление новых связей и формирование чувства принадлежности к определенной социальной группе способствует преодолению экзистенциального одиночества и повышению самооценки, что является важным аспектом психологической адаптации к заболеванию.

Вместе с тем наличие неизлечимой болезни провоцирует внутренний конфликт, проявляющийся в депрессивных состояниях, эмоциональной лабильности и агрессивных реакциях. В этой связи характер и направленность социальных взаимодействий играют решающую роль в формировании мировоззрения и стратегий совладания с болезнью у данной категории осужденных.

Реакция на неизлечимую болезнь у осужденных может быть различной и зависит от типа и тяжести заболевания, возраста, злоупотреблений (алкоголь, наркотики), личности. Однако осознание смерти дает возможность задуматься о смысле жизни [18, с. 16].

Анализируя реакции неизлечимо больных осужденных на примере ВИЧ-инфицированных, можно выделить ряд типичных паттернов, оказывающих влияние на формирование и закрепление позиции «Я – больной»:

1. Реакция отрицания. Данная реакция представляет собой амбивалентный феномен. Первичное отрицание может служить механизмом психологической защиты, снижая остроту стресса. Однако пролонгированное отрицание препятствует адаптации к новым условиям жизни, необходимым для контроля заболевания, предотвращения его распространения и осознания социальной ответственности, что закрепляет инфантильную позицию и затрудняет формирование зрелой позиции «Я – больной».

2. Реакция озлобленности. Прогрессирование заболевания и связанные с ним ограничения в питании, деятельности и социальных контактах, в сочетании с ощущением «бессодержательности» существования, провоцируют озлобленность. Данная реакция, проявляющаяся в раздражительности, самообвинениях и суицидальных тенденциях, усугубляет дезадаптацию и формирует негативную, деструктивную позицию «Я – больной», ориентированную на саморазрушение и агрессию.

3. Суицидальные идеи и поступки. Повышенный риск суицида является характерной особенностью данной группы осужденных. Суицидальное поведение, как активное (намеренное самоповреждение), так и пассивное (саморазрушение, игнорирование осложнений), представляет собой крайнюю форму протеста и отчаяния, свидетельствующую о полном принятии негативной позиции «Я – больной» и утрате надежды на позитивные изменения.

4. Реакция страха. Страх смерти, отвержения, потери трудоспособности, конфиденциальности и других аспектов жизни является достаточно распространенной реакцией. Страхи, основанные на негативном опыте других, усиливают тревожность и чувство беспомощности, способствуя формированию пассивной, зависимой позиции «Я – больной».

5. Реакция беспокойства. Хроническая неопределенность, связанная с прогрессированием заболевания, провоцирует беспокойство. Увеличение риска сопутствующих заболеваний, снижение работоспособно-

сти, потеря независимости — эти факторы усиливают тревогу и неуверенность, закрепляя позицию «Я – больной» как источник постоянного дискомфорта и страха перед будущим.

Негативное отношение окружающих, обусловленное недостаточной информированностью и предрассудками, играет значительную роль в формировании деструктивной позиции «Я – больной» у осужденных с неизлечимыми заболеваниями. Социальная стигматизация, рассматривающая данную категорию лиц как социально отверженных и практикующих маргинальные формы поведения (наркомания, сексуальная распущенность), усугубляет их изоляцию и чувство отчужденности.

Формирование реакции отторжения от общества, обусловленное стигматизацией, часто проявляется в агрессивном поведении, желании отомстить, страхе за свою жизнь и, в крайних случаях, может приводить к совершению преступлений или суицидальным попыткам. В данном контексте позиция больного трансформируется в негативную идентичность, определяющую отношение к себе как к отвергнутому и обреченному члену общества, что препятствует адаптации и повышает риск деструктивных проявлений [5, с. 70].

Фиксация на негативном прошлом, осознание ошибок и болезненные воспоминания усугубляют тяжесть настоящего для осужденных с терминальными болезнями. Требования режима исключают гедонистическую ориентацию, лишая возможности получения положительных эмоций и снижения стресса, что закрепляет негативную позицию «Я – больной», лишенного радостей жизни [16, с. 11].

Временная перспектива осужденных претерпевает значительную деформацию, подчиняясь новой реальности терминального заболевания и лишения свободы. Отмечается низкая осмысленность жизни, сужение жизненных смыслов, отсутствие представлений о будущем и концентрация на прошлых событиях. Осознание невозможности реализации контроля над собственной жизнью в условиях пенитенциарной системы усиливает ощущение бессмысленности происходящего, неопределенности, страха перед будущим, отчаяния и бессилия, закрепляя негативную, пассивную позицию «Я – больной» [2, с. 3].

Сложные эмоциональные состояния, характерные для неизлечимо больных осужденных, находят выражение через творчество (изобразительное искусство, литература, музыка), которое становится важным каналом самовыражения. Арт-терапия, по мнению А. Г. Ковалева и Т. В. Бородкиной, является одним из ключевых методов работы с тяжелобольными пациентами. Создание рисунков, написание текстов или сочинение музыки позволяет пациентам выразить внутренние чувства и переживания, которые трудно передать вербально, что способствует снижению эмоционального напряжения и адаптации к болезни в рамках позиции «Я – больной» [8, с. 145].

Арт-терапия предоставляет возможность для взаимодействия с неизлечимо больными заключенными и анализа их внутреннего состояния. Неизлечимо больные часто сталкиваются с внутренними конфликтами, страхами и переживаниями, приводящими к негативной трансформации личностных составляющих и утрате понимания смысла жизни. Чувство вины перед другими также является распространенным переживанием, которое может проявляться в межличностных отношениях с другими заключенными, что подчеркивает важность использования арт-терапии для диагностики и разрешения внутренних конфликтов, способствуя более адаптивной позиции «Я – больной».

Неэмпатичная социальная среда способствует развитию специфических психологических проблем у осужденных с терминальными заболеваниями, усугубляющих негативные аспекты позиции «Я – больной». Рассмотрим некоторые из подобных проблем:

– отторжение и избегание приводят к нарушению социальных связей и навыков, затрудняя ресоциализацию [10, с. 327];

– ощущение неспособности планировать и управлять жизнью усиливает чувство бессилия и пассивности;

– постоянные мысли о смерти вызывают тревожность, депрессию и другие негативные психоэмоциональные состояния;

– вопросы о лечении и отказе от него, обусловленные недостаточной информацией и низкой самооценкой [10, с. 327], усиливают внутренний конфликт;

– физические симптомы (слабость, беспокойство) снижают активность и усугубляют страдания;

– страх окружающих перед контактом с больным осужденным вызывает одиночество и дефицит поддержки;

– недоверие к администрации и медперсоналу может проявляться в нарушении режима и отказе от лечения;

– обида на судьбу и окружающих формирует негативное мировоззрение и перекладывание ответственности [17, с. 110];

– отказ от потребностей (кроме физиологических) приводит к деградации личности;

– влияние негативных эмоций и отсутствия поддержки может приводить к суицидальным попыткам.

Все перечисленные проблемы тесно связаны с негативным восприятием себя в позиции «Я – больной», формируя деструктивные паттерны поведения и снижая качество жизни осужденных.

Согласно точке зрения В. Н. Мясищева, отношение личности к своей жизни взаимосвязано с ее развитием и отношением к себе, другим и деятельности [11, с. 198]. В связи с этим психокоррекционная работа с неизлечимо больными заключенными должна охватывать различные направления: проработку ценностей, саморегуляцию, взаимоотношения с другими осужденными и сотрудниками администрации, а также формирование целей и их достижение. Исследования С. А. Петрова определяют, что у людей, переживающих терминальные состояния, наблюдается дезинтеграция самосознания, при которой доминирующей становится идентичность страдающего и обречённого человека, что особенно выражено в условиях социальной изоляции [12, с. 85].

Исследования, включая работы Л. Марусчак [21, с. 11], подтверждают, что осужденные с хроническими заболеваниями чаще испытывают психическое напряжение, депрессию и потерю интереса к жизни. Следовательно, психокоррекционное вмешательство должно быть направлено на формирование более позитивного отношения к жизни, несмотря на ограниченные возможности и негативные аспекты позиции «Я – больной».

Многие мужчины с ВИЧ/СПИД в местах лишения свободы испытывают глубокую скорбь из-за утраты будущих жизненных возможностей (свобода, семья, цели), что свидетельствует о кризисе смысла жизни. Осужденные чувствуют недостижимость желаемого. Как отмечает В. В. Штаб, «у осуждённых с ВИЧ-инфекцией формируется устойчивая внутренняя позиция «Я — больной», которая нередко сочетается с чувством стыда, страхом отторжения и ожиданием смерти» [19, с. 158].

Д. Рич отмечает, что неизлечимые болезни затрудняют построение жизненных планов, а диагноз воспринимается как приговор, усугубляемый условиями содержания, что усиливает чувство бессмысленности существования и закрепляет деструктивную позицию «Я – больной» [22, с. 25].

Отношение к болезни обычно исследуется у людей, идентифицирующих себя как больных, независимо от характера заболевания (первичное проявление симптомов или хроническое состояние). Ключевыми личностными характеристиками в данном контексте являются интернальность и экстернальность, определяющие локус контроля — психологический фактор, характеризующий тип личности и его восприятие контроля над событиями, что оказывает влияние на формирование и содержание позиции «Я – больной».

Дж. Роттер ввел понятие «локус контроля» [23], разделив людей на две группы по локализации волевого усилия: интерна-

лы (внутренний локус контроля) и экстерналы (внешний локус контроля).

В соответствии с таким разделением интерналы убеждены, что успех/провал зависят от их компетентности, навыков и целеустремленности. Они склонны анализировать поведение, менее подвержены давлению, острее реагируют на потерю свободы, активно ищут информацию, уверены в себе, принимают ответственность за последствия и не ищут оправданий. Высокая интернальность способствует контролю над жизнью, включая здоровье, повышает самоконтроль и выбор эффективных стратегий поведения, снижает излишнюю эмоциональность.

В свою очередь, экстерналы склонны объяснять результаты влиянием внешних обстоятельств. Низкая интернальность делает людей более эмоциональными, менее устойчивыми и снижает способность к контролю. Как отмечает Д. Б. Розен, «по мере того как болезнь становится центральным элементом самосознания, человек может постепенно определять себя почти исключительно через своё медицинское состояние» [15, с. 504].

Таким образом, локус контроля оказывает значительное влияние на формирование отношения к болезни и стратегиям совладания с ней, определяя особенности позиции «Я – больной» у осужденных. Высокая интернальность способствует более активной и ответственной позиции, в то время как экстернальность усиливает чувство беспомощности и зависимости от внешних факторов.

Исследование С. Фазела показало, что заключенные с хроническими заболеваниями (ВИЧ, рак, гепатит) демонстрируют значительно более высокий уровень суицидальности по сравнению со здоровыми заключенными, в то время как внедрение специализированных программ поддержки (психотерапия, работа с диагнозом и планирование будущего) снижает суицидальность на 30 % [20, с. 956]. Также следует отметить, что неизлечимо больные заключенные подвержены более высокому уровню рецидива после освобождения, что подчеркивает необходимость комплексной поддержки и ресоциализации.

Таким образом, анализ научных и методических источников позволяет заключить, что неизлечимо больные заключенные часто испытывают чувство безысходности, отчаяния и утраты интереса к жизни. Диагноз воспринимается такими людьми как приговор, вызывая тревожность, депрессию и склонность к саморазрушению. Позитивное отношение к жизни играет важную роль в ресоциализации, лечении, снижении суицидального риска и рецидива преступности, способствуя формированию реалистичного и конструктивного восприятия себя в позиции «Я – больной».

Результаты исследования

В рамках эмпирического исследования, проведенного на базе ФКЛПУ МБ-10 УФСИН России по Вологодской области предпринята попытка выявить специфические характеристики внутренней позиции «Я – больной» у осужденных, страдающих от неизлечимых заболеваний, через призму их отношения к жизни. Исследование основывалось на сравнении показателей локуса контроля и смысложизненных ориентаций между двумя группами осужденных мужского пола в возрасте до 30 лет. Первая группа (n = 30) состояла из лиц, не имеющих диагностированных неизлечимых заболеваний, в то время как вторая группа (n = 30) была представлена осужденными с такими заболеваниями, как ВИЧ/СПИД, туберкулез в терминальной стадии, сахарный диабет II типа, цирроз печени и хроническая сердечная недостаточность.

Диагностика локуса контроля осуществлялась с использованием опросника «Уровень субъективного контроля» (УСК) Дж. Роттера в адаптации Е. Ф. Бажина, Е. А. Голынкиной и А. М. Эткинда. Данный инструмент предназначен для определения степени интернальности/экстернальности личности в отношении контроля над жизненными событиями. Оценка смысложизненных ориентаций (СЖО) проводи-

лась с помощью методики Д. А. Леонтьева, направленной на выявление структуры и выраженности экзистенциальных ценностей, целей и мотивов, определяющих общее направление жизни человека и его субъективное ощущение ее осмысленности.

Использование указанных методик позволит верифицировать различия в восприятии жизни и ощущении контроля над ней между неизлечимо больными и здоровыми осужденными, тем самым внести вклад в понимание психологических особенностей формирования внутренней позиции «Я – больной» в условиях лишения свободы. Полученные данные могут быть использованы для разработки психокоррекционных программ, направленных на повышение адаптивности и качества жизни данной категории лиц.

При изучении локуса контроля у осужденных были получены следующие результаты. Значительная часть испытуемых (n = 38) демонстрирует преобладание экстернального локуса контроля, в то время как у относительно небольшого числа осужденных (n = 22) выявлен доминирующий интернальный локус контроля.

Полученные результаты свидетельствуют о тенденции к экстернальности в исследуемой группе. Преобладание экстернального локуса контроля указывает на склонность респондентов приписывать результаты своих действий влиянию внешних обстоятельств, а не собственным усилиям и выбору. Это, в свою очередь, может свидетельствовать о сниженной ответственности за свои поступки и недостаточном уровне самоконтроля, в том числе в отношении вопросов здоровьесбережения. Дальнейший анализ целесообразно направить на выявление взаимосвязи между преобладающим локусом контроля и другими психологическими характеристиками, такими как самооценка, уровень тревожности и стратегии совладания со стрессом, особенно у лиц с неизлечимыми заболеваниями.

Анализ результатов диагностики уровня субъективного контроля с использованием соответствующих шкал выявил статистически значимые различия между группами респондентов с разным уровнем здоровья (табл. 1).

Предварительные данные указывают на нелинейную зависимость между уровнем здоровья и интернальностью. В частности, наблюдается тенденция к увеличению общей интернальности и интернальности в сфере здоровья у респондентов с неизлечимыми заболеваниями. При этом для данной группы характерны и более высокие показатели по шкале готовности к деятельности. Данный факт может свидетельствовать о том, что опыт борьбы с продолжительными заболеваниями, часто носящими хронический характер, способствует формированию большей ответственности за свое состояние и повышает мотивацию к активным действиям, направленным на его улучшение.

Однако следует учитывать, что количество респондентов, демонстрирующих

Таблица 1 — Анализ уровня субъективного контроля по шкалам среди испытуемых
[Table 1 — Analysis of the level of subjective control according to scales among subjects]

Группа испытуемых	Локус контроля			
	Ио	Ид	Ин	Из
Здоровые заключенные	25,4±	5,51,6	4,7±	5±
Заключенные с неизлечимыми заболеваниями	27,9±	5,6±	5,8±	6,1±

Примечание:
Ио — общая интернальность,
Ид — интернальность в сфере достижений,
Ин — интернальность в сфере неудач,
Из — интернальность в сфере здоровья.

описанные характеристики, статистически незначительно, что требует осторожной интерпретации полученных результатов и проведения дальнейших исследований на репрезентативной выборке для подтверждения выявленных тенденций. Кроме того, необходимо учитывать специфику исследуемой популяции — осужденных, что может накладывать определенные ограничения на экстраполяцию полученных данных на другие группы населения.

Исследование выявило высокий уровень тревожности и дезориентации у большинства испытуемых из-за страха заражения и опасений летального исхода. Преобладание экстернального локуса контроля усиливает дезадаптацию, проявляющуюся в перекладывании ответственности на внешние факторы и использовании неконструктивных поведенческих стратегий. Необходимы психокоррекционные программы для повышения адаптации и формирования интернальной позиции.

Для комплексного понимания психологического состояния испытуемых был проведен углубленный анализ локуса контроля в различных сферах жизнедеятельности. Параллельно, с использованием методики «Смысложизненные ориентации» Д. А. Леонтьева, исследовались осознаваемые и неосознаваемые установки осужденных по отношению к собственной жизни. Результаты исследования представлены на рис. 1.

Анализ смысложизненных ориентаций выявил существенные различия между группами, отражающие специфику восприятия жизни в контексте позиции «Я – больной». В частности, показатели по шкале «Цели в жизни» находятся на среднем уровне в обеих группах, что свидетельствует об отсутствии выраженных планов на отдаленное будущее и ориентации на настоящее. Осужденные, вне зависимости от состояния здоровья, склонны воспринимать свою жизнь как уже предопределенную и неизменяемую.

Однако по шкале «Процесс жизни» группа здоровых осужденных демонстрирует значительно более высокие результаты, указывая на ощущение полноты самореализации, наличие ближайших жизненных планов и стремление к дальнейшему развитию и использованию накопленного опыта.

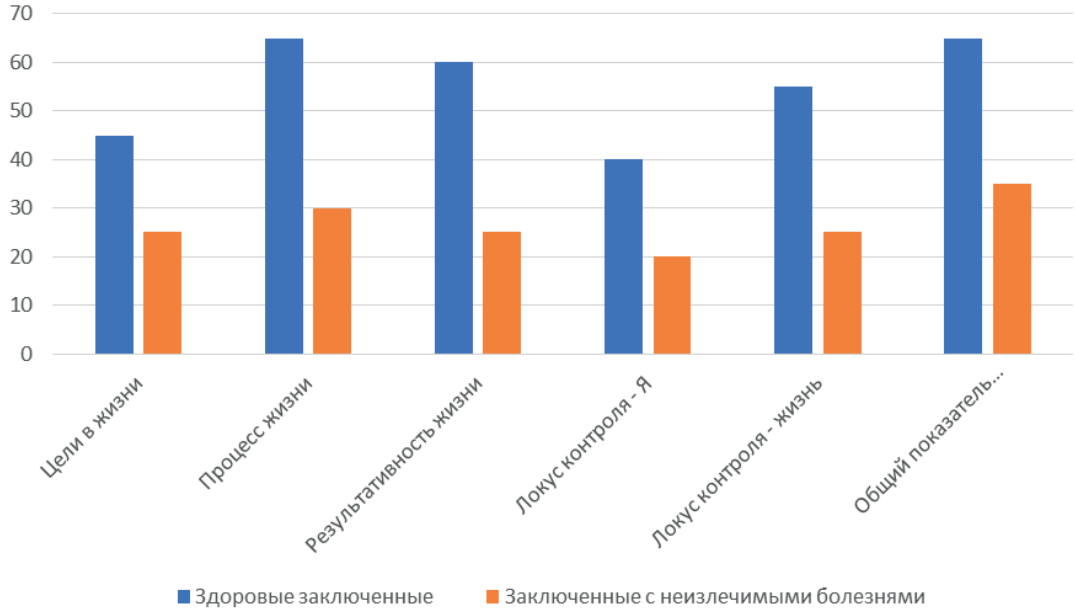

Рисунок 1 — Показатели оценки смысла жизни осужденных (в %)
[*Figure 1 — Indicators of the meaning of life assessment of convicts (in %)*]

В то же время у неизлечимо больных осужденных отмечаются низкие показатели по шкале «Результативность жизни». Это свидетельствует о чувстве недостигнутых целей, невозможности реализации жизненных планов и утрате веры в себя и свои действия. Доминирует ощущение отсутствия сформированного представления о собственной жизни и конкретных целях.

Более того, неизлечимо больные заключенные демонстрируют результаты ниже среднего по всем показателям СЖО. Это отражает убежденность в отсутствии контроля над своей жизнью, бессмысленности планирования будущего и неверии в возможность эффективного лечения. Воспоминания о прошлой жизни окрашены негативными переживаниями, а взаимоотношения с родственниками и окружающими воспринимаются как лишенные взаимопонимания. Данные характеристики свидетельствуют о выраженной экзистенциальной фрустрации, обусловленной принятием позиции «Я – больной» в условиях ограниченной свободы.

В отличие от этого, здоровые заключенные демонстрируют более высокие показатели по всем шкалам СЖО, ощущая контроль над своей жизнью и взаимодействием с окружающими. Они уверены в возможности планирования будущего и выражают стремление к позитивным изменениям, в том числе к созданию семьи и отказу от преступной деятельности.

Анализ общего показателя смысложизненных ориентаций (СЖО) выявил контрастные различия в самовосприятии и адаптации между группами. Здоровые заключенные демонстрируют позитивную оценку своих жизненных достижений, воспринимают себя как физически и психически здоровых и принимают себя такими, какие они есть.

В то же время у неизлечимо больных осужденных наблюдается отрицательное отношение к себе, заниженная самооценка и низкие показатели адаптивных способностей и когнитивных возможностей. Это отражает негативное влияние позиции «Я – больной» на общее самочувствие и восприятие собственной личности.

Данная категория осужденных испытывает трудности в принятии решений и проявляет склонность к действиям только при наличии уверенности в положительном исходе. Им свойственны самоуничижение, самокритика и ощущение себя неудачниками. Они проявляют повышенную чувствительность к мнению окружающих, опасаясь осуждения и отвержения, что усиливает неуверенность в собственных решениях и действиях. Наличие неизлечимого заболевания выступает существенным препятствием для достижения целей, принятия ответственности и полноценной жизни, усугубляя состояние экзистенциальной безысходности.

Здоровые заключенные демонстрируют ориентацию на будущее, отмечая наличие возможностей для самореализации и постановки новых целей, а также проявляя интерес к своему здоровью. В противоположность этому, неизлечимо больные заключенные акцентируют внимание на недостаточном внимании к своему здоровью в прошлом, выражая сожаление о невозможности изменить прошлое. Они убеждены в обреченности своей жизни и не верят в эффективность каких-либо методов лечения.

Для верификации гипотезы о существовании различий в отношении к жизни между заключенными с неизлечимыми заболеваниями и здоровыми лицами было проведено сравнение показателей в исследуемых группах с использованием U-критерия Манна-Уитни (критерий для сравнения независимых выборок). Полученные результаты демонстрируют статистически значимые различия по всем шести критериям ($U_{кр} = 2{,}63$; $p \leqslant 0{,}01$). Эти результаты позволяют утверждать, что неизлечимо больные заключенные характеризуются негативным отношением к жизни и состоянием отрицания реальности, что подтверждает значимость влияния позиции «Я – больной» на экзистенциальное восприятие.

Результаты исследования выявили, что заключенные с неизлечимыми заболеваниями характеризуются наиболее низким уровнем принятия своей жизни, отрицанием объективной реальности и недостаточным принятием прожитого. У них отмечается отсутствие заинтересованности в дальнейшей жизни, недоверие к себе и окружающим, а также переживание жалости к себе в процессе социального взаимодействия. Характерна опосредованная форма контакта, пренебрежение внешним видом и поведенческими нормами, обусловленные утратой ориентации на будущее. Хроническая усталость, часто наблюдаемая у неизлечимо больных осужденных, является следствием доминирующих негативных мыслей. Отмечается переживание социальной изоляции, одиночества и возникают трудности в выполнении повседневных задач, что ведет к утрате независимости и необходимости в посторонней помощи. Эти характеристики отражают негативное влияние позиции «Я – больной» на общее психоэмоциональное состояние и социальную адаптацию в условиях лишения свободы.

Заключение

Представленное исследование, направленное на изучение общих механизмов переживания позиции «Я – больной» у неизлечимо больных осужденных с различными заболеваниями, позволило сделать вывод о наличии универсальных физических и эмоциональных переживаний, независимо от конкретного диагноза.

Полученные результаты могут служить основой для дальнейших, более детализированных исследований, учитывающих специфику отдельных заболеваний, что позволит разработать дифференцированные и более эффективные меры психологической, медицинской и социальной помощи.

На основе полученных данных разработаны рекомендации по психологическому сопровождению неизлечимо больных осужденных, направленные на формирование позитивной стратегии отношения к жизни, снижение уровня тревожности, определение смысложизненных ориентаций, формирование реалистичного отношения к жизни и принятие диагноза, а также создание положительной осмысленности своих действий.

Необходима систематическая психологическая работа с такими людьми. Она включает диагностику для определения эмоционального и психологического состояния осужденных, выявления потребностей, уровня отношения к жизни и ее осмысленности, на основе чего разрабатывается индивидуальный план психологического сопровождения. Важен этап индивидуальной работы, включающий использование методов психокоррекции, консультирования и тренинга.

Подчеркивается необходимость индивидуального подхода и недопустимость оставления осужденного наедине со своими переживаниями. Требуется постоянный мониторинг изменений в поведении, формирование реалистичного образа будущего и отслеживание динамики в ходе индивидуальной работы посредством лонгитюдного исследования. Важно развивать личностные ресурсы, формируя чувство уверенности в себе, навыки целеполагания, жизнестойкости, обучая методам саморегуляции и рефлексии с целью изменения отношения к своей жизни и самому себе.

Эффективным может стать использование методов когнитивно-поведенческой терапии для изменения негативных установок и убеждений относительно настоящего и будущего. Систематическое применение предложенных мер позволит повысить эффективность психологической помощи неизлечимо больным заключенным и улучшить их качество жизни в условиях лишения свободы.

Для формирования навыков саморегуляции, саморазвития и позитивной ориентации на будущее неизлечимо больные заключенные должны видеть достижение поставленных целей и задач. Важно использовать педагогические методы воздействия, привлекать сотрудников воспитательного

отдела и обеспечивать участие в образовательном процессе, что способствует повышению уверенности в себе и личностному развитию.

Поскольку наличие неизлечимого заболевания может препятствовать достижению целей, принятию ответственности и полноценной жизни, необходимо работать над преодолением страхов и сомнений. Уже на ранних этапах получения информации о диагнозе следует повышать адаптивные возможности и формировать принятие своей болезни.

Привлечение медицинских работников позволит своевременно информировать осужденных о возможностях лечения заболевания на ранних стадиях. Социальным работникам исправительных учреждений необходимо оказывать помощь в восстановлении и поддержании социальных связей с родственниками, поскольку общение с близкими играет важную роль в оказании поддержки, улучшении психического и эмоционального состояния, и помогает справиться с чувством одиночества. Поддержка близких способствует снижению уровня стресса, депрессии и тревоги, обеспечивая необходимое утешение и понимание.

Соблюдение представленных рекомендаций, направленных на формирование позитивной самооценки и развитие навыков принятия решений, позволит значительно улучшить психологическое состояние неизлечимо больных осужденных, способствуя обретению смысла и целей в жизни, восстановлению уверенности в себе и своих действиях, а также укреплению связей с близкими. В перспективе комплексная работа с данной категорией осужденных может стать важным шагом в направлении снижения показателей смертности и суицидальных действий.

Список источников

1. Адлер А. Индивидуальная психология. СПб.: Питер, 2017. 165 с.

2. Адылин Д. М. Уголовно-правовая и уголовно-исполнительная характеристики ВИЧ-инфицированных осужденных к лишению свободы // Вестник Владимирского юридического института. 2012. № 3. С. 3–8.

3. Бобылева И. Ю. Характеристика мужчин, отбывающих наказание в ИТК: (По материалам спец. переписи 1989 г.) / И. Ю. Бобылева, А. К. Романов, М. В. Степаненко; Под общ. ред. А. К. Романова. Москва: НИИ МВД РФ, 1992. 71 с.

4. Будько Е. В. Модусы социального поведения в условиях кризисной ситуации // Вестник Челябинского государственного университета. 2019. № 8 (430). С. 57–62.

5. Воронин Р. М. Психологические особенности ВИЧ-инфицированных осужденных // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2014. № 3 (6). С. 68–75.

6. Деев В. Г. Психология направленности личности осужденных, отбывающих наказание в исправительно-трудовых учреждениях: (на материале исслед. осужден. молодеж. возраста): автореф. дис. … д-ра психол. наук. Москва, 1986. 37 с.

7. Зауторова Э. В. Особенности ценностных и смысложизненных ориентаций ВИЧ-инфицированных осужденных: монография. Москва: ФКУ НИИ ФСИН России, 2018. 107 с.

8. Ковалев А. Г. Психологические аспекты работы с тяжелобольными пациентами / А. Г. Ковалев, Т. В. Бородкина. СПб.: Питер, 2017. 280 с.

9. Кучкарев Ю. Ю. Кризисные состояния личности и кризисные ситуации, характеризующие отношение к жизни и смерти неизлечимо больных осужденных // Векторы психолого-педагогических исследований. 2025. № 2(7). С. 113–123.

10. Лебедев И. Б. Психологические особенности представления о смысле жизни осужденными и особенности его формирования / И. Б. Лебедев, И. Г. Евсеева, Ю. В. Чуманов // Вестник Московского университета МВД России. 2020. № 2. С. 326–332.

11. Мясищев, В. Н. Личность и неврозы. Л., Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. 426 с.

12. Петров С. А. Психологические аспекты хронической боли и терминальных состояний // Психотерапия. 2021. № 3. С. 78–91.

13. Петросьян С. Н. Современные подходы к проблеме жизненного сценария личности как социально-психологического феномена / С. Н. Петросьян, З. И. Рябикова // Вестник Адыгейского государственного университета. 2016. № 3 (183). С. 123–135.

14. Познышев С. В. Основы пенитенциарной науки. М.: Юрид. изд-во Наркомюста, 1923. 342 с.

15. Розен, Д. Б. Терминальная стадия болезни и идентичность: роль «больного Я» в адаптации к концу жизни // Журнал клинической психологии. 2017. Т. 73, № 5. С. 501–515. DOI: 10.1002/jclp.22389

16. Саар Ю. Р. Психологическая характеристика жизненных планов правонарушителей (на материале ЭССР): автореф. дис. … канд. психол. наук / Ю. Р. Саар. М., 1989. 24 с.

17. Фромм Э. Бегство от свободы. Москва: АСТ, 2022. 288с.

18. Шкуратов В. А. Проблемы изучения отношения к жизни и смерти в юридической психологии / В. А. Шкуратов, О. Ю. Михайлова, Т. А. Котова // Российский психологический журнал. 2012. № 2. С. 16–22.

19. Штаб В. В. Психологическая помощь осуждённым с ВИЧ-инфекцией // Психология и право. 2019. Т. 9, № 4. С. 155–163. DOI: https://doi.org/10.17759/psylaw.2019090412.

20. Fazel, S. The health of prisoners / S. Fazel, J. Baillargeon // The Lancet. 2011. Vol. 377. No. 9769. P. 956–965.

21. Maruschak L. M. Medical Problems of State and Federal Prisoners and Jail Inmates, 2011–12 / L. M. Maruschak, P. M. Harrison, J. Song. Washington, 2015. 18 p.

22. Rich J. D. Delivering quality health care in the correctional setting / J. D. Rich, E. A. Wakeman, S. L. Dickman // American Journal of Public Health. 2011. Vol. 101. Suppl. 1. P. 23–30.

23. Rotter J. B. Social Learning and Clinical Psychology, Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall. 1954. 466 p.

References

1. Adler A. *Individual psychology*. St. Petersburg: Piter; 2017. 165 p. (In Russ.)

2. Adylin DM. Criminal law and penal enforcement characteristics of HIV-infected convicts sentenced to imprisonment. *Vestnik Vladimirskogo iuridicheskogo instituta*. 2012;(3):3-8. (In Russ.)

3. Bobyleva IYu, Romanov AK, Stepanenko MV. *Characteristics of men serving sentences in correctional colonies: (Based on the 1989 special census)*. Moscow: NII MVD RF; 1992. 71 p. (In Russ.)

4. Bud'ko EV. Modes of social behavior in crisis situations. *Vestnik Cheliabinskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2019;(8):57-62. (In Russ.)

5. Voronin RM. Psychological characteristics of HIV-infected convicts. *Lichnost' v meniaiushchemsia mire: zdorov'e, adaptatsiia, razvitie*. 2014;(3):68-75. (In Russ.)

6. Deev VG. *Psychology of personality orientation among convicts serving sentences in correctional labor institutions: (Based on research of young convicts)*: [dissertation abstract]. Moscow; 1986. 37 p. (In Russ.)

7. Zautorova EV. *Features of value and meaning-of-life orientations among HIV-infected convicts*. Moscow: FKU NII FSIN Rossii; 2018. 107 p. (In Russ.)

8. Kovalev AG, Borodkina TV. *Psychological aspects of working with seriously ill patients*. St. Petersburg: Piter; 2017. 280 p. (In Russ.)

9. Kuchkarev IuIu. Crisis states of personality and crisis situations characterizing attitudes toward life and death among incurably ill convicts. *Vektory psikhologo-pedagogicheskikh issledovanii*. 2025;2(7):113-123. (In Russ.)

10. Lebedev IB, Evseeva IG, Chumanov Yu V. Psychological features of convicts' understanding of life meaning and its formation. *Vestnik Moskovskogo universiteta MVD Rossii*. 2020;(2):326-332. (In Russ.)

11. Myasishchev VN. *Personality and neuroses*. Leningrad; 1960. 426 p. (In Russ.)

12. Petrov SA. Psychological aspects of chronic pain and terminal conditions. *Psikhoterapiia*. 2021;(3):78-91. (In Russ.)

13. Petrosian SN, Riabikova ZI. Contemporary approaches to the life script as a socio-psychological phenomenon. *Vestnik Adygeiskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2016;(3):123-135. (In Russ.)

14. Poznyshev SV. *Foundations of penitentiary science*. Moscow; 1923. 342 p. (In Russ.)

15. Rosen DB. Terminal illness and identity: the role of the "sick self" in end-of-life adaptation. *Zhurnal klinicheskoi psikhologii*. 2017;73(5):501-515. DOI: https://doi.org/10.1002/jclp.22389. (In Russ.)

16. Saar Iu R. *Psychological characteristics of offenders' life plans (based on Estonian SSR data)*: [abstract dissertation]. Moscow; 1989. 24 p. (In Russ.)

17. Fromm E. *Escape from freedom*. Moscow; 2022. 288 p. (In Russ.)

18. Shkuratov VA, Mikhailova OIu, Kotova TA. Problems in studying attitudes toward life and death in legal psychology. *Rossiiskii psikhologicheskii zhurnal*. 2012;(2):16-22. (In Russ.)

19. Shtab VV. Psychological assistance to HIV-infected convicts. *Psikhologiia i pravo*. 2019;9(4):155–163. DOI: 10.17759/psylaw.2019090412. (In Russ.)

20. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011;377(9769):956-965.

21. Maruschak LM, Harrison PM, Song J. *Medical Problems of State and Federal Prisoners and Jail Inmate*s, 2011–12. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics; 2015. 18 p.

22. Rich JD, Wakeman EA, Dickman SL. Delivering quality health care in the correctional setting. *Am J Public Health*. 2011;101(Suppl 1): S23-S30.

23. Rotter JB. *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1954. 466 p.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Кучкарёв Юрий Юрьевич

Старший психолог психологической лаборатории ФКЛПУ МБ-10 УФСИН России по Вологодской области

Вологда, Российская Федерация, 160012, ул. Советский проспект, д.73

kuchkarev_adunktura@mail.ru

https://orcid.org/0009-0000-7194-6037

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Yuri Yu. Kuchkarev

Senior Psychologist at the Psychological laboratory of the FKLPU MB-10 Federal Penitentiary Service of Russia for the Vologda Region

73 Sovetsky Prospekt str., Vologda 160012, Russian Federation

kuchkarev_adunktura@mail.ru

https://orcid.org/0009-0000-7194-6037

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

CONFLICT OF INTEREST

The author declare no conflict of interest.

Дата поступления статьи / Received: 02.09.2025.

Дата рецензирования статьи / Revised: 30.09.2025.

Дата принятия статьи к публикации / Accepted: 28.10.2025.