

к.с.н. Дюкова С.В.

Методологические проблемы изучения духовных ценностей субкультур людей с тяжелым заболеванием

По мнению Курчашовой Т.В. (2004) субкультура это малая группа, которая является элементарной единицей анализа социальной структуры [1]. Субкультура людей с тяжелым заболеванием - социальная малая группа, которая основана на межличностных отношениях, имеющих статусно-ролевую структуру и управляемую харизматическим механизмом власти, причем жизнеспособность группы обеспечивает ее миф, представляющий аккумулярованную групповым сознанием совокупность базовых ценностей. Общие черты природы субкультур являются:

- они представляют собой качественно особые социальные группы; качественная специфика их дана в особых и не сводимых к обычным ценностям, на неформализованных культурных элементах - традициях, обычаях, моральных нормах, симпатиях и антипатиях, поведенческих стереотипах;

- в них приходится учитывать неклассические полевые эффекты;
- к ним применимы критерии процессов групповой сплоченности, лидерства, сопричастности и др.

Как отмечает Вилюнас В.К., субкультура имеет свою пластичную, лабильную структуру, где четко различаются ее члены и «чужие», лидеры, постоянные и спорадические роли. Можно выделить следующие факторы, прямо влияющие на бытие и структурирование этого духовного мира тяжелобольных [2]:

- традиции и инновации государственной социальной политики;
- традиции милосердия в народной и заимствованных культурах;
- присутствие и степень актуализации танатологических основ психики тяжелобольных людей;

- состояние их микросреды (дома, в лечебном учреждении, в хосписе);
- вербальные и невербальные аспекты наиболее типичных для этой микросреды жизненных ситуаций;
- наличие и степень активности участия в этом духовном мире родных и близких (иногда - на виртуальном уровне) [2].

Как отмечают Дюкова С.В., Федоров И.А., это бытие в духовном мире людей с тяжелым заболеванием качественно особого феномена - «лечащий врач»; общение с другими людьми с тяжелым заболеванием; сама морально-психологическая атмосфера в лечебном учреждении, особенно в хосписе.

Такой статус определяется рядом факторов [4, 5]:

- традициями социальной политики,
- конкретными управленческими инновациями,
- регламентирующими жизнь конкретного медицинского учреждения,
- прямой выгодой, которую приносит уход за людьми с тяжелым заболеванием в частных клиниках.

В своих работах Дюкова С.В., Федоров И.А. отмечают, что на другой чаше весов находятся лишь традиции милосердия, качество которых довольно широко варьируется в зависимости от специфики этноса, региона, учреждения [4, 5].

В субкультуре людей с тяжелым заболеванием существуют и особые «репродуктивные ценности». Под ними имеются в виду ценности, регламентирующие необходимость приспособления к относительно новым для заболевших бытовым условиям. Для них часто падает или явно меняется значимость питания, визажа, ритуалов личной гигиены и т.д. Полюсами, в данном случае, являются либо потеря интереса ко всему этому, либо, напротив, болезненный, активный интерес к формально незначимым процедурам. Вполне различимы, впрочем, и ценности «социального импринтинга» [4, 5]. Они выражают неизбежность социальных ориентаций, установок и оценок людей с тяжелым заболеванием. Чувствование болезни деформирует, сокращает роль таких, ранее казавшихся очень важными,

ценностей; но это сокращение редко доходит до нулевой отметки, уже в силу необходимости общения со здоровыми людьми.

По мнению Дюковой С.В., Федорова И.А. духовные ценности людей с тяжелым заболеванием не являются чисто адаптационными, они содержат яркий рефлексивный аспект; трудно приспособиться к факту тяжелой или неизлечимой болезни, но сами страдания больного подталкивают его к размышлениям о ее справедливости или несправедливости. Эти состояния выражают неравновесность, принципиальную несамотождественность человеческой души, что особенно ярко проявляется у людей с тяжелым заболеванием.

В своих работах Курчашова Т.В. отмечает весьма своеобразный и локус контроля духовных ценностей людей с тяжелым заболеванием. Локус находится на пересечении экзистенциальных и социальных компонентов духовных ценностей, причем границами являются рациональные мотивы в экзистенциальных ценностях и экзистенциальные - в рациональных [1]. Примером первых являются забота о близких, вторых - чувство обреченности, скрываемое от близких.

Ситуацию тяжелой болезни - пограничной, разделяя известный доклад Ж.-П. Сартра о том, что именно такие ситуации в наибольшей степени провоцируют важные для человека поведенческие выборы, определяют его «иллюзорный мир» [3]. Эти ценности прямо связаны с предшествующими, выражая какую-то бифуркационную фазу существования ценностей социального поведения. Тяжелобольные, сохраняя, в целом, способности и мотивы рационального мышления, постоянно ищут, в том числе на экзистенциальном уровне, гипотетические варианты излечения, а, особенно критических случаях, к факту близкой и весьма вероятной смерти.

В рамках социологической работы приходится уверенно констатировать, что пограничность большинства жизненных ситуаций людей с тяжелым заболеванием связана с актуализацией чувства смертности, танатологических основ личности, с феноменом «человеческого разрыва» [4,

5]. Типология реакций очевидна: первая реакция свойственна довольно небольшому контингенту, эти люди начинают активно и некритично «цепляться» за жизнь; болезнь, или борьба с ней, становится главным смыслом их жизни. Второй тип реакции - принятие ситуации смерти, как вероятной. Как правило, люди, принимающие ситуацию скорой возможной смерти, стараются максимально обогатить себя духовно, не дать болезни взять над собой верх еще при жизни. Третий тип реакции - принятие ситуации как неизбежной. Такая реакция влечет за собой апатию, уход в болезнь, тяжелые переживания любых ее проявлений [4, 5].

Любопытны и тенденции, выделенные в процессе эмпирического исследования (базовое исследование, фокус-группы, эксперимент). Например, большинство респондентов, 60,2 %, считают, что люди от рождения добрые, одновременно полагают себя вполне терпеливым человеком (женщины чаще, как и медработники по сравнению с больными), при этом больные не считают, в среднем, что жизнь у них намного сложнее, чем у родных и близких (больные в меньшей степени, чем медработники, причем в хосписах чуть чаще, чем в больницах). Объяснить такую позицию непросто.

Приведенные данные в работах Курчашова Т.В. показывают, видимо, неожиданно высокий уровень мужества и объективности респондентов, которые, вопреки ожиданиям автора, не слишком склонны к замкнутости на себя и сохраняют способность чувствовать трудности других людей. Более того, даже весьма специфический вопрос о наличии порочного, «животного» начала в человеке, толкающего его на совершение дурных и жестоких поступков, практически не вызвал у респондентов затруднений; напротив, более половины опрошенных убеждены, что такого, изначально данного в нас начала, просто не существует [1]. Респонденты решительно не склонны к фрейдистской картине мира.

Большинство респондентов полагают, что ценности есть у всех людей; «исключением», по мнению респондентов, являются лишь ценности

наркоманов и людей, страдающих психическими заболеваниями. Первая тройка ценностей тяжелобольных людей выглядит так:

- «чувствовать заботу близких людей»;
- вера в Бога;
- чувствовать себя не совсем одиноким.

Подчеркнем отсутствие прагматических ориентаций таких ценностей, хотя почти половина выборки, - медики, работающие с людьми с тяжелым заболеванием, что косвенно свидетельствует о близости именно к ценностям пациентов, что, казалось бы, не очень принято сейчас в страте медработников.

Примечательно, что из 100 % респондентов, полагающих, что духовные ценности здорового и больного человека почти не имеют отличий, более 40 % никогда не страдали от тяжелых заболеваний, кроме того, врачей и тяжелобольных пациентов объединяют базовые единые ценности, и такие ценности почти лишены прагматической ориентации. Отметим и то, что респонденты считают, что отличия их ценностей и установок от ценностей здоровых людей объясняются, прежде всего, духовным кризисом общества. По их мнению, такие ценности не формируются только в связи с болезнью, они есть и у добрых и здоровых людей, при болезни они просто ярче проявляются. Во всяком случае, 59,2 % опрошенных полагают, что страдающий, тяжело больной человек чаще размышляет о смысле жизни; 61,1 % - думают, что именно больные люди более мудры и склонны к высокой духовности (примечательно, что мужчины так думают чаще), они указывают, что лучшие качества человека наиболее ярко проявляются именно в критических ситуациях (91,3 %) [4, 5].

Таким образом, ориентация на добро, опробованная столетиями и являющаяся основой деятельности, - таковы базовые дескрипции духовных ценностей людей с тяжелым заболеванием, выявленные в эмпирических исследованиях.

Список используемой литературы

1. Курчашова Т.В. Социодинамика субкультуры: сущность, атрибуты, социальные роли: автореф. дис. ... канд. социол. наук. Тамбов, 2004.
2. Вилюнас В.К. Психология эмоций. Тексты. / Под ред. Вилюнаса В.К. М.:МГУ, 1980
3. Сартр Ж.-П. Экзистенциализм – это гуманизм / Пер. с фр. М. Грецкого. М.: Изд-во иностр. лит., 1953.
4. Федоров И.А. Основы социального поведения. Тамбов: ТГПИ, 1993.
5. Духовные ценности субкультуры тяжелобольных: автореф. дис. ... канд. социол. наук. Тамбов, 2011.