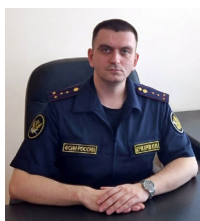


УДК 159.9

Структура отношения к жизни у неизлечимо больных осужденных: компоненты и динамика

**Юрий Юрьевич Кучкарёв**

ФКЛПУ МБ-10 УФСИН России по Вологодской области

(Вологда, Россия)

kuchkarev_adunktura@mail.ru

ORCID: 0009-0000-7194-6037

Аннотация

Введение. В статье анализируется структура отношения к жизни у неизлечимо больных осужденных, представлены базовые компоненты и раскрыта динамика процесса. Неизлечимая болезнь и ожидание смерти могут вызывать редукцию социально значимых связей у этой категории осужденных, что приводит их к деструктивному, девиантному поведению, нарушению режима и правил внутреннего распорядка исправительного учреждения. В связи с этим проанализированы особенности отношения осужденных к жизни; рассмотрены ведущие компоненты в структуре отношения к жизни у категории неизлечимо больных осужденных; изучены проблемное поле и особенности динамики отношения к жизни данной категории. Отношение к жизни является значимой составляющей профилактики деструктивного поведения и суицидов у неизлечимо больных осужденных. **Цель исследования** – изучение психологических особенностей и структуры отношения к жизни у неизлечимо больных осужденных, отбывающих наказание в виде лишения свободы в учреждениях пенитенциарной системы; предложение общих рекомендаций по психологическому сопровождению данных лиц. **Методы исследования:** анализ литературных источников по теме исследования, метод обобщения и систематизации, системный анализ, теоретическое моделирование. **Результаты исследования (теоретического анализа):** в структуре отношения к жизни у осужденных с неизлечимыми заболеваниями можно выделить низкий уровень оценки собственной жизни, отрицание реальности, неудовлетворенность прожитым опытом, сложности в принятии решений, пессимизм, отсутствие жизненных целей. Для таких лиц характерны недоверие к людям, трудности взаимодействия с ними, чувство одиночества, ощущение социальной изоляции. **Выводы:** при реализации психологического сопровождения лиц данной категории особое внимание следует уделять формированию реалистичного отношения к жизни, что может стать основой продуктивного проживания оставшейся жизни.

Ключевые слова

отношение к жизни, неизлечимо больные осужденные, неизлечимые болезни, исправительные учреждения, пенитенциарная система, отношение к смерти, психологическое сопровождение, жизненный смысл

Для цитирования: Кучкарёв, Ю. Ю. (2026). Структура отношения к жизни у неизлечимо больных осужденных: компоненты и динамика. *Российский девиантологический журнал*, 6 (1), 62–76.

Original paper

The structure of life attitude in terminally ill convicts: components and dynamics

Yuri Yu. Kuchkarev

Federal Penitentiary Service of the Ministry of Justice
of the Russian Federation for the Vologda Region
(Vologda, Russia)

kuchkarev_adunktura@mail.ru

ORCID: 0009-0000-7194-6037

Abstract

Introduction. The article provides an analysis of the structure of life attitude in terminally ill convicts, presents its basic components, and reveals the dynamics of the process. Terminal illness and waiting for death can cause a reduction in socially significant relationships among this category of convicts, leading them to destructive, deviant behavior and violations of the regime and internal rules of the correctional facility. In this regard, the characteristics of convicts' life attitude are analysed; the leading components in the structure of life attitude in terminally ill convicts are examined; the problem area and characteristics of the dynamics of life attitude among this category are studied. Life attitude is a significant component in the prevention of destructive behavior and suicide in terminally ill convicts. **The purpose of the research** is to examine the psychological characteristics and the structure of life attitude in terminally ill convicts sentenced to imprisonment in penitentiary institutions; to propose general guidelines for the psychological support of such individuals. **Research methods:** analysis of literary sources on the research issue, method of generalisation and systematisation, system analysis, theoretical modelling. **Research results (theoretical analysis):** the structure of life attitude in terminally ill convicts can be characterised in terms of low self-esteem, denial of reality, dissatisfaction with life experience, difficulty in decision-making, pessimism, and lack of life goals. Such individuals are characterised by distrust towards others, difficulties in interacting with them, feeling of loneliness, and a sense of social isolation. **Conclusions:** When providing psychological support to individuals in this category, particular attention should be paid to developing a realistic life attitude. Such an attitude can become the basis for a productive remaining life.

Keywords

life attitude, terminally ill convicts, terminal illness, correctional facilities, penitentiary system, death attitude, psychological support, life meaning

For citation: Kuchkarev, Yu. Yu. (2026). The structure of life attitude in terminally ill convicts: components and dynamics. *Russian Journal of Deviant Behavior*, 6 (1), 62–76.

Введение

Современный этап развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации (далее – УИС) характеризуется решением многоаспектных задач, направленных на нивелирование деструктивного поведения различных категорий осужденных, отбывающих наказание в виде лишения свободы, а также на исправление осужденных и последующую реинтеграцию в социум после освобождения. При этом сложную категорию лиц представляют осужденные с неизлечимыми болезнями.

В настоящее время отмечается рост численности осужденных с тяжелыми хроническими заболеваниями (ВИЧ, онкология, терминальная стадия туберкулеза), в данной группе осужденных в силу недостатка методов психологической помощи в пенитенциарных учреждениях повышен риск суицида.

Категория неизлечимо больных осужденных может быть охарактеризована как специфическая социально-правовая и клиническая группа лиц, отбывающих уголовное наказание в местах лишения свободы и имеющих верифицированные тяжелые заболевания, отличающиеся прогрессирующим течением, отсутствием радикальных методов лечения и значительным ограничением продолжительности и качества жизни. С клинической точки зрения данная категория осужденных представлена лицами с заболеваниями, приводящими к необратимой декомпенсации жизненно важных систем организма.

Категория неизлечимо больных осужденных – это лица с тяжелыми (смертельными) заболеваниями, включающими ВИЧ/СПИД, туберкулез в активной форме, инсульты, цирроз печени, сахарный диабет II степени, хроническую сердечную недостаточность, типированные гепатиты, онкологические заболевания (рак), гипертоническую болезнь III стадии и др. (Колесникова & Цветкова, 2020).

Отдельной модели структуры отношения к жизни, адаптированной именно под категорию осужденных с неизлечимыми болезнями, нет, однако научные основы понимания отношения к жизни как категории в отечественной и зарубежной психологии заложены. С позиций психологии отношение к жизни трактуется как система, которая способна формировать жизненные смыслы индивида и его цели в жизни, а также регулировать те или иные способы достижения поставленных целей (см. работы С. Л. Рубинштейна, Б. С. Братуся, А. Н. Леонтьева, А. Г. Асмолова, Н. И. Непомнящей и др.).

Сложный аспект отношения к жизни в зарубежной психологии трактуется весьма широко (для понимания сути функционирования личности, системы отношений личности в социуме, собственно смысла жизни)

Так, А. Адлер делает акцент на взаимосвязи поведения человека со смыслом и направленностью жизни, подчеркивает субъективный смысл, который приобретают жизненные обстоятельства. Отношение к жизни исследователь связывает с жизненным стилем, жизненным планом и поведением (Адлер, 2017).

В представлении К. Г. Юнга человек стоит перед задачей нахождения смысла жизни, благодаря которому он живет и осознает свою жизнь. Жизненный смысл связан с наличием у человека неких духовных и культурных целей, и стремление к их достижению приводит человека к границам повседневности (Юнг, 2019).

В отечественной науке вопрос отношения к жизни рассматривается через призму деятельностного подхода, как путь раскрытия духовности человека, как изменение отношения человека к своему окружению через формирование обобщенного отношения к жизни, в котором отражается сложная взаимосвязь прошлого опыта, ситуации настоящего и планов на будущее (Асмолов, 2025).

Согласно взглядам С. Л. Рубинштейна, с точки зрения деятельностного подхода к вопросам жизни следует рассматривать отношение человека не к самой жизни, а именно к ее явлениям в отдельности. Основным аспектом здесь является рефлексия, благодаря ей индивид может осмыслить события своей жизни. Это приводит к духовности человека с учетом отношения к своему окружению, в котором происходит становление обобщенного отношения к жизни в целом, что позволяет реализовать поставленные цели, преобразуя всю жизненную ситуацию в дальнейшем (Рубинштейн, 2023).

Поддержание жизни обеспечивает человеку как его последующее внутреннее развитие, так и многоуровневую работу над собой. Отношение индивида к себе способствует появлению и развитию смыслов жизни, оказывающих значительное влияние на отношение человека к деятельности и к социуму (Рубинштейн, 2012).

Отношение к жизни определяет поведенческую активность, оно детерминировано человеческими ценностями и находит выражение в непосредственном принятии либо непринятии жизни, в самопринятии, в проявлениях ответственности за свою жизнь, а также в степени стремления человека к развитию¹.

Среди характеристик гармоничной личности на первый план следует поставить адаптивность, самоактуализацию и социализацию. Психическое равновесие тесно связано с адаптивностью психики и ее гармоничностью, согласованностью, внутренней безопасностью личности (Шаповал, 2014). Внутренняя безопасность личности и психологическое благополучие могут быть рассмотрены через призму личностно-ситуационного взаимодействия. Отношение раскрывается как сознательная, обусловленная опытом, избирательная связь индивида с теми или иными сторонами его жизни. Данная связь предстает в виде действий, реакций, а также личностных переживаний человека (Субботина, Чудакова, 2021).

В целом отношение к жизни является важной интегральной характеристикой личности, отражающей степень осмысленности, эмоциональной вовлеченности и активности в поведении в отношении своей жизни. У осужденных с неизлечимым заболеванием эта структура в значительной мере трансформируется под влиянием таких стрессогенных факторов, как лишение свободы и осознание неизбежности смерти.

У осужденных в условиях отбывания наказания в исправительном учреждении происходят срыв механизмов компенсации и редукция адаптивности, инициирующие значительные нарушения личностных структур. Это состояние характеризуется специфическими когнитивными, эмоциональными, ценностно-смысловыми и поведенческими особенностями, существенно влияющими на качество жизни, адаптацию и взаимодействие с окружением (Воронин, 2014).

У осужденных происходит распад ранее сложившихся социальных связей, в том числе семейных: прекращается общение с друзьями, редуцируются духовные интересы. При этом продолжительная бездеятельность и падение активности негативно сказываются на физическом состоянии, что еще в большей мере усугубляется развитием гиподинамии (Малетина и др., 2017).

Ранее мы отмечали, что «наличие неизлечимой болезни и перспектива скорой смерти могут привести осужденного к нарушению социально полезных связей, правил внутреннего распорядка учреждения, проявлению деструктивного поведения, агрессивному поведению, утрате социально полезных навыков, сосредоточении на роли больного при отказе от всех остальных социальных ролей, что в дальнейшем может затруднить процесс ресоциализации» (Кучкарев & Горностаев, 2025, с. 183).

В числе проблем в структуре отношения к жизни у осужденных на первый план выступает нарушение целеполагания – осужденные перестают планировать свое будущее даже в краткосрочной перспективе, всякая деятельность ими воспринимается как лишняя смысла, они с трудом вовлекаются в процесс реабилитации. Происходит сужение временной перспективы – осужденные утрачивают представления о будущем, не в состоянии связать текущие действия с отдаленными последствиями, фиксируются на сиюминутном. Отмечается редукция мотивации – отсутствие побуждений приводит к пассивности, апатии, утрате интересов. Кроме того,

¹ Асмолов, А. Г. (2023). *Психология личности: Культурно-историческое понимание развития человека*. Смысл.

выражена экзистенциальная неопределенность – нарастает чувство бессмысленности существования, появляется страх перед освобождением.

И. Б. Лебедев, И. Г. Евсеева, Ю. В. Чуманова отмечают, что у осужденных кардинальным образом меняется отношение к жизни, что явственно выражается в трансформации всей системы их смысложизненных ориентаций: меняются представления о целях, значимости существования, отношение к своему будущему, тем более что лишение свободы уже само по себе радикальным образом меняет структуру отношения к жизни.

У осужденных с неизлечимыми болезнями подобные тенденции лишь усугубляются ввиду ограничения жизненной перспективы. Само осознание скорого конца жизни делает долгосрочное планирование незначимым, проявляется смысловой кризис (абстракция «для чего жить?» приобретает особую актуальность), нарастает социальная изоляция – стигматизация по диагнозу усиливает отчуждение в среде осужденных. Происходит деформация когнитивного компонента отношения к жизни – осужденным его будущее воспринимается как источник страданий (в лучшем случае как пустота), при этом прошлое он переосмысливает через пережитую вину и потери, а настоящее переживается как тягостное и бесцельное. В эмоциональном плане это сопровождается чувством беспомощности, апатией, тревогой, раздражительностью. В поведении это проявляется в отказе от медицинской помощи, в аутоагрессии (голодовка, самоповреждения), нарушении режима как попытки вернуть контроль над своей жизнью.

В зарубежной пенитенциарной психологии широко поднимаются вопросы отношения к жизни у неизлечимо больных осужденных. Так, Л. Марусчак пишет, что осужденные с тяжелыми хроническими заболеваниями жалуются на депрессию, потерю интереса к повседневности. В частности, осужденные с ВИЧ-инфекцией в значительной мере переживают утрату своего будущего, свободы, семьи. Так, «многие заключенные с ВИЧ/СПИДом переживают глубокую скорбь из-за утраты будущих жизненных возможностей, включая свободу, семейные отношения и личные цели. Это свидетельствует о кризисе смысла жизни, который возникает у неизлечимо больных осужденных, они могут чувствовать, что все, чего они хотели достичь, стало недостижимым» (Кучкарёв & Горностаев, 2025, с. 183).

Д. Рич полагает, что данная категория осужденных испытывает сложности в выстраивании будущих жизненных планов, так как существующий диагноз воспринимается именно как приговор, а условия содержания усиливают чувство бессмысленности существования (Rich et al., 2011).

С. Фазел подчеркивает, что в категории осужденных с неизлечимыми заболеваниями (ВИЧ/СПИД, рак, типированные гепатиты) фиксируется большее число суицидальных попыток, чем у физически здоровых осужденных. Исследователь приходит к выводу, что применение специализированных программ поддержки (включая психотерапевтическую помощь, работу с диагнозом и планирование будущего) способно снизить уровень суицида осужденных примерно на 30 % (Fazel & Baillargeon, 2011).

Комбинация из неизлечимой болезни и лишения свободы создает крайне сложную в психологическом плане ситуацию, способную привести к дезадаптации, потере жизненного смысла и суицидальным мыслям.

Отношение к жизни у данной категории осужденных может иметь значительные различия и находиться в зависимости от взглядов, системы ценностей, индивидуальности осужденных. Осужденные с неизлечимыми заболеваниями часто настроены пессимистично, порой безразличны к событиям своей жизни и не хотят ничего менять, пребывая в апатии и депрессии (Захарова, 2020).

Негативная окраска отношения к жизни у неизлечимо больных осужденных – это именно системное изменение структуры личности, которое проявляется в уходе от реальности

и отрицании (осужденные избегают говорить о диагнозе, отказываются обсуждать свое будущее и игнорируют медицинские рекомендации), в утрате контроля и беспомощности (перестают планировать даже свое ближайшее время), в социальной изоляции и отчуждении (осужденные избегают контактов, утрачивают социальные навыки вследствие продолжительной изоляции, испытывают ощущение, что окружающие их сторонятся), в хронической усталости и апатии (ощущение пустоты внутри, эмоциональное выгорание, потеря интереса к текущей жизни, отсутствие желаний), в депрессивных и суицидальных тенденциях (смерть воспринимается как выход из ситуации), в отказе от лечения и саморазрушающем поведении, в самообвинении и т. д.

Отношение к жизни у неизлечимо больных осужденных изменено, оно показывает те или иные внутренние переживания и адаптационную недостаточность в стрессовых условиях или в критических условиях. Таким лицам присущи внутренние переживания пустоты своего существования, собственной ненужности, бесполезности, усиливающиеся при наличии внутреннего конфликта. Это выражается в негативных эмоциональных состояниях, оказывающих значимое отрицательное воздействие на комплексный исправительный процесс (Колесникова & Цветкова, 2020).

Осужденные ощущают неудовлетворенность собой, нехватку возможностей, понимают ограниченность ресурсов и осознают отношение к себе со стороны социума. При этом такие лица в значительной мере рефлексивны, самокритичны, не уверены в себе, напряжены и не чувствуют ценности собственной жизни. У них нет стремления активно проявлять себя в деятельности, создавать о себе хорошее впечатление у окружающих, показывать себя в лучшем свете, заниматься самопрезентацией, что создает препятствия во взаимоотношениях с окружающими и усиливает отчуждение от людей (Лебедев и др., 2020).

У осужденных с неизлечимым заболеванием ярко выражено чувство утраты контроля над своей жизнью и будущим, сопровождающееся негодованием, тоской, смирением. Для них характерно переосмысление ценностей, поиск смысла в страдании, желание найти примирение с внешним миром. В плане потребностей на первый план выходит физиологическая составляющая, физиологический комфорт. У таких лиц нарастает психическая истощаемость, разбитость, усталость, появляющиеся при незначительной нагрузке. В их поведении преобладают подавленность, частая смена настроения, неудовлетворенность своим моральным и физическим состоянием, они считают для себя невозможным радоваться чему-либо.

Тяжелое заболевание инициирует развертывание внутреннего конфликта, во многом провоцирующего осужденного на развитие депрессивных состояний, эмоциональной нестабильности, привносит в жизнь внушительные дестабилизирующие психоэмоциональные перегрузки. Уровень тревоги у данной категории лиц значительно возрастает, появляются и усиливаются раздражение, страх, обида, чувство стыда, чувство вины, ожидание негатива от внешнего мира, а наличие скрытой агрессии еще более отчуждает таких осужденных от физически здоровых людей. Таким людям крайне сложно брать на себя ответственность и вообще выполнять какую-либо работу, они стараются не проявлять активности и боятся сложностей.

Среди особенностей структуры отношения к жизни у осужденных с неизлечимыми заболеваниями отметим следующие (Воронин, 2014):

- низкий уровень принятия собственной жизни (отрицание ее реалий, непринятие событий прошлого);
- недоверие как к окружающим, так и к самому себе (общение с другими лишь при необходимости, минимизация контактов);
- отсутствие обозначенных целей (утрата веры в себя и свои возможности);

- сложности в принятии решений (затруднения при необходимости сделать выбор, значительные сомнения в уже принятых действиях, резкая самокритика, самоуничижение);
- наличие хронической усталости (стремление к одиночеству, напряжение при общении с большим количеством людей и одновременно обостренное чувство изоляции от общества);
- утрата воспоминаний о собственной жизни (изменение мнения о своем прошлом, негативное его принятие);
- понимание жизни как обреченного существования (отсутствие веры в лечение и в собственные силы).

На наш взгляд, усугубляют подобное негативное отношение условия заключения (жесткий режим, отсутствие приватности, зависимость от администрации пенитенциарного учреждения), наличие криминальной субкультуры (слабость воспринимается как уязвимость), отсутствие перспектив после освобождения (страх стигматизации и социальной изоляции), одиночество (нет поддержки от семьи, друзей, что усугубляет ощущение покинутости).

В исследованиях А. Н. Михайлова показано, что осужденные с неизлечимыми заболеваниями отличаются отсутствием инициативы, не могут переключить внимание на тот или иной вид деятельности, не стремятся вступать в борьбу с негативными последствиями и осложнениями своего заболевания. Чувство постоянного раздражения и отчаяния дополняют соматические нарушения – бессонница, раздражительность. Это сложное состояние многократно усиливается нарастающим чувством тревоги за свое состояние и предстоящие необратимые последствия заболевания.

По утверждению А. Н. Михайлова, «под влиянием отрицательных психических состояний у больных социально значимыми заболеваниями притупляется память, появляются безынициативность, неспособность сосредоточить внимание на какой-либо деятельности, нежелание бороться с негативными последствиями перенесённого заболевания. Ожидание освобождения и длительность срока отбывания наказания вызывают чувство постоянного раздражения и отчаяния» (Михайлов, 2017, с. 75).

Состояние осужденных с неизлечимыми заболеваниями представляет собой сложный комплекс психосоматических нарушений, с утратой смысла жизни и целей, социальной изоляцией и одиночеством, страхом перед будущим и ипохондрией, нарушениями когнитивной сферы, эмоциональной нестабильностью, влиянием пенитенциарного стресса, отсутствием адаптации к своему заболеванию.

Постоянно возникающие у осужденных мысли о своем заболевании ведут к развитию ипохондрии, что сопровождается тревогой и потерей трудоспособности. Также отмечается отсутствие позитивных событий и планов на будущее из-за неизлечимого заболевания и самого факта отбывания наказания (Михайлов, 2017).

Осужденные с неизлечимыми заболеваниями в ряде случаев решением своей проблемы видят собственную смерть по причине отчаянного положения, а также вследствие присущих им личностных особенностей. Среди значимых событий прошлого они особо выделяют события, связанные со своим заболеванием. Такие лица отличаются более низкой продуктивностью жизненного пути, не могут дать близкий прогноз собственной жизни. Они часто пытаются вытеснить неприятные для них переживания, в своем будущем они исключают какие-либо негативные события, предпочитая не вспоминать тяжелый диагноз, либо и вовсе никак не видят своего будущего. У них формируется страх смерти, они осознают ее неизбежность и воспринимают смерть как самоутрату, потерю чувств и переживаний, а также полную потерю сознания, завершение существования, конец жизненного пути (Михайлов, 2017).

Условия лишения свободы и стигматизация неизлечимых заболеваний (например, ВИЧ) усиливают чувство отчужденности. Такие осужденные избегают контактов либо вступают в них опосредованно, что лишь усугубляет их психологическое состояние. Часто у этих

лиц возникает ощущение, что жизнь прошла зря, а поставленные цели уже недостижимы. Мысли о смерти и физических страданиях доминируют и не дают сосредоточиться на иных аспектах жизни.

Кроме того, у осужденных лиц отмечаются проблемы с принятием решений, нестабильность эмоциональных состояний (когда раздражительность сменяется периодами депрессии), на фоне безысходности появляются суицидальные мысли. Искусственная социальная депривация в условиях ограничения свободы усиливает чувство безысходности, пенитенциарный стресс способен провоцировать тревожно-депрессивные расстройства. Невозможность принятия своего диагноза и адаптироваться к новым условиям лишь усиливает соматические проявления болезни.

Таким лицам присуща недостаточная насыщенность жизни в эмоциональном плане и полная или частичная утрата жизненного смысла. Они практически не интересуются жизненными событиями, теряют ориентиры и утрачивают перспективы на будущее. Прожитый этап понимается осужденными не полностью, они не удовлетворены уже прожитым и хотели бы, чтобы все сложилось иначе, но никак не могут повлиять на прошлое.

По мнению Е. В. Захаровой, данной категории осужденных присуща значительная психическая истощаемость, выражающаяся в нарастающем чувстве усталости, апатии, физической разбитости даже после незначительной нагрузки, все чаще возникающих суицидальных мыслях, в постоянных сменах настроения с преобладающим чувством подавленности. Осужденные остро переживают собственную незначимость и ненужность: они склонны во всем обвинять, упрекать и ненавидеть себя. В общении также есть свои особенности: коммуникация амбивалентна, конфликтна, во многом агрессивна и насыщена деструктивными эмоциями (Захарова, 2020).

Как правило, социум не принимает лиц с неизлечимыми заболеваниями. В исправительном учреждении осужденные с неизлечимыми болезнями часто становятся отверженными, вызывают негативные эмоции, на них отрицательно реагируют при взаимодействии. Это происходит по причине недостаточной осведомленности о заболевании других осужденных. Формируется реакция социального отторжения, выражающаяся у осужденных в стремлении отомстить, агрессивных выпадах, страхе за собственное существование. Со временем подобные явления лишь нарастают и могут закончиться совершением преступления или суицидом (Купченко & Куатов, 2009).

Отметим, что у таких осужденных воспоминания о прожитой жизни видятся в черном свете, так как их восприятие фиксируется на отрицательных сторонах и событиях прошлого. Осужденные осознают непоправимость совершенных ими ошибок, постоянно вызывают в памяти болезненные эпизоды, отчего образы прошлого становятся неприятными, несут негативный оттенок, что лишь усугубляет тяжесть текущего состояния.

При этом обстановка в исправительном учреждении полностью подчинена новой реальности и сопровождается невозможностью контролировать свою жизнь, думать о будущем и строить какие-то планы. Это обостряет состояние беспомощности, безысходности, бессмысленности происходящего, усиливая страх, тревогу и состояние неопределенности. Осмысленность жизни у таких осужденных на низком уровне, смысл существования крайне узок, представления о дальнейшем жизненном пути отсутствуют (Воронин, 2014).

Часто неизлечимо больные осужденные переживают развернутые внутренние личностные конфликты и сопутствующие им страхи, опасаясь за свою жизнь. При этом внутренние компоненты личности перетекают в негативный личностный статус, в котором понимание течения своей жизни ими утрачивается.

Структурно данные проявления могут быть представлены следующим:

- социальная изоляция: отстраненность осужденного с неизлечимым заболеванием от общения и от взаимодействия с социумом, избегание социумом контактов с осужденным, продолжительное пребывание в условиях социальной изоляции и следующее за этим нарушение социально полезных взаимосвязей, утрата приобретенных ранее навыков (Лебедев и др., 2020);
- чувство утраты контроля над течением собственной жизни: неизлечимо больные осужденные полагают, что не в состоянии более планировать свою жизнь и вообще каким-либо образом управлять ею, отмечают случайность произошедшего;
- страх перед неизбежной смертью: появляются и уже не прекращаются мысли о своей смерти и невозможности жить без своей болезни, что лишь усиливает уровень тревоги, депрессивные проявления, а также негативные психоэмоциональные состояния;
- чувство сомнения: перед осужденным остро встает проблема принятия терапии или отказа от нее ввиду недостаточной самооценки, уровня притязаний, а также низкой информированности больного о собственном заболевании (Воронин, 2014);
- появление проблем с адаптацией к заболеванию, которое негативно психологически сказывается на общем состоянии осужденного: нарастают физическая слабость, утомляемость, беспокойство, проявляются различные соматические проблемы и побочные эффекты, резко снижается физическая активность;
- сложности в коммуникации: наличие тяжелого заболевания способствует усилению страха у окружающих при взаимодействии с такими осужденными; в такой ситуации осужденный чувствует свое одиночество, не находя никакой поддержки от своего окружения;
- появление агрессивных выпадов в сторону сотрудников УИС, администрации, других осужденных: неизлечимо больные осужденные не доверяют сотрудникам администрации, психологу, воспитателям и медицинскому персоналу. Это часто сопровождается нарушением правил внутреннего распорядка учреждения и отказом от прохождения лечения;
- ощущение несправедливости: наличие неизлечимого заболевания часто вызывает озлобленность и обиду на свою судьбу. Осужденный часто считает виноватым во всем общество и свое окружение, при этом забывая о том, что сам ответственен за свою жизнь;
- депрессивные состояния: получение информации о наличии неизлечимого заболевания часто сопровождается возникновением негативного состояния, депрессии. В таком состоянии осужденный практически полностью отрицает свои духовные потребности, выдвигая на первый план физическую составляющую;
- аффективный и скрытый суицид: под влиянием негативных эмоций после получения информации о заболевании осужденный при недостатке психологической поддержки способен попытаться совершить суицид.

Неизлечимо больные осужденные затрудняются сформулировать дальнейшие цели своей жизни, полностью утрачивают возможность смены своей жизненной парадигмы. Они склонны полагать, что человек не в состоянии контролировать свою жизнь, теряют смысл жизни, утрачивают веру в медицинские возможности лечения. Такие лица однобоко воспринимают воспоминания о своей жизни, считая, что она всегда носила негативный характер. Они не переживают за свою жизнь, никому не доверяют, при общении с другими жалеют себя, на контакт идут неохотно, не следят за своим внешним видом и поведением в связи с отсутствием каких-либо целей на будущее.

Неизлечимо больные осужденные не могут самостоятельно принимать решения и способны к действиям лишь тогда, когда уверены в положительном исходе. Такие лица имеют склонность к самоуничтожению, самокритике, считают себя ненужными, остро реагируют на мнение окружающих, опасаясь осуждения и отвержения. Наличие неизлечимого заболевания

создает помехи в достижении целей. Цели утрачиваются и осужденные не берут на себя ответственность, не проявляют активности (Купченко & Куатов, 2009).

По мнению Р. М. Воронина, на примере ВИЧ-инфицированных осужденных можно проследить типичные реакции осужденных с неизлечимыми заболеваниями (Воронин, 2014):

- отрицание – часто осужденные отрицают наличие у себя тяжелой болезни, что затрудняет какую-либо адаптацию к новым условиям, необходимым, чтобы справиться с заболеванием, замедлить его переход в более тяжелую форму; однако на первых порах подобное отрицание способно ослабить влияние стресса;

- озлобленность – деструктивное поведение таких осужденных может проявляться в агрессии и раздражительности, эмоциональных выпадах в сторону других даже по самым незначительным поводам. При прогрессировании заболевания осужденный хотя и утрачивает свою способность к работе, но при этом может еще чувствовать себя относительно удовлетворительно. Во многом озлобленность вызвана бессмысленностью жизни, утратой прежних социальных связей и контактов, самообвинением и самобичеванием, в крайних случаях может принимать формы попыток к суициду;

- наличие суицидальных попыток – нарастает риск совершения суицида, который может выражаться активно (намеренное самоповреждение, влекущее за собой смерть) или пассивно (саморазрушающее поведение, сокрытие серьезных осложнений);

- возникновение страха смерти, а также страха отвержения социумом, оставления без поддержки, страх потери физических или умственных способностей;

- нарастание чувства беспокойства и тревожности, возникающих из-за неопределенности, связанной с течением заболевания, опасение появления иных заболеваний или перехода болезни в более тяжелую форму. Беспокойство во многом связано с ухудшением способности к деятельности, продуктивности, а также с утратой физической независимости.

Е. Ф. Штефан утверждает, что осужденные с неизлечимыми заболеваниями (например, с ВИЧ-инфекцией) в ряде случаев применяют в отношении себя тактику оправдания за совершенное, ссылаются на воздействие внешних негативных факторов (заболевание, усталость), не могут объяснить другим причины собственных неудач, не принимают вины за ранее совершенные деяния, не пытаются приносить извинения (Штефан, 2022).

Данные лица редко применяют тактику оправдания, могут отрицать свою ответственность, стараются найти способы, помогающие снять негативную реакцию окружения, но объяснить причины своих неудач не стремятся, равно как и приносить извинения.

Е. Ф. Штефан поясняет, что у осужденных нет какого-либо стремления активно действовать с целью произвести нужное впечатление на окружающих. Подобный отказ от применения защитных стратегий самопрезентации говорит о том, что для таких осужденных уже не имеет значения мнение окружающих о них, они уже не используют всего многообразия способов самотрансляции вовне (Штефан, 2022).

Следует отметить наличие у осужденных склонности к рефлексивности и критичного отношения к себе. В них присутствует отчетливо выраженная внутренняя напряженность, неуверенность в положительном отношении к ним их окружения. Иногда отмечается конфликтный характер какого-либо взаимодействия, что во многом связано с искаженными представлениями о себе и своих возможностях. Имеет значение и то, что данные лица были неоднократно судимы и употребляли алкоголь, наркотические и психотропные средства (Малетина и др., 2017).

Кроме того, у осужденных с неизлечимыми заболеваниями наблюдается неоднозначность возможной динамики отношения к жизни. Это обусловлено множеством воздействующих факторов, среди которых: тип заболевания, тяжесть заболевания, возраст, предшествующий образ жизни, индивидуальные особенности, условия содержания. В пенитенциарной среде динамика

отношения к жизни осложняется изоляцией, ограничениями. Так, осужденные с ВИЧ-инфекцией сталкиваются со стигматизацией и страхом заражения со стороны окружения; злоупотребление алкоголем и наркотиками в прошлой жизни осложняют адаптацию к болезни.

Такие осужденные осознают неизбежность скорой смерти, и понимание временности физического существования дает им повод задуматься о своей жизни. Кризисный период жизни ставит человека перед основополагающими вопросами смысла жизни и страха смерти. При этом осознание смерти и понимание смысла жизни начинают формироваться лишь с течением времени, после прохождения кризисных этапов, когда у человека по-новому начинают складываться представления и отношение к жизни и смерти (Шаповал, 2014).

Выделим основные стадии динамики отношения к жизни у таких осужденных.

1. Отрицание как отказ признать реалии своего заболевания. Осужденные считают поставленный диагноз врачебной ошибкой либо временным состоянием. Подобное поведение – защитная реакция, дающая возможность ситуативно понизить уровень стресса, но осложняющая адаптацию к новым условиям и отодвигающая начало лечения.

2. Гнев, протестные реакции. При ослаблении отрицания появляются злость, раздражение, негодование. Здесь возможно вымещение гнева на окружающих (других осужденных, сотрудниках учреждения).

3. Торг. У осужденных может проявляться стремление начать вести здоровый образ жизни, помириться с родными, близкими. Могут появиться просьбы назначить лекарственные препараты. В целом здесь проявляется стремление контроля над ситуацией.

4. Депрессия. Понимание осужденными неизбежности конца приводит к депрессии, появляются чувство вины, тяга к самоубийству, нарастает замкнутость, теряются интерес к жизни, смысла в действиях, появляются суицидальные мысли.

5. Принятие как примирение с собственной судьбой, начало осмысления прожитого, стремление наладить отношения с близкими, обращение к религии либо иным формам духовного поиска, попытки компенсировать свои прежние деяния положительным поведением и добрыми поступками в виде помощи другим осужденным и участия в делах учреждения.

Динамика отношения осужденных к жизни, на наш взгляд, вовсе не линейный показатель: осужденные могут возвращаться к предыдущим стадиям, колебаться в мнениях, «застрывать» на определенном этапе. Не всегда удается достичь относительно стабильного состояния. В идеале человек находит новые жизненные смыслы – в духовности, в помощи своему окружению. Во многом депрессивные состояния и отчаянье способны привести к суицидальным попыткам или полному отказу от лечения, т. е. исход не регламентирован, человек может переходить от одного типа к другому, а также возвращаться к предыдущим состояниям.

В случае деструктивного исхода следует отметить его негативный характер, что сопровождается углублением депрессии, отказом от терапии, агрессией к персоналу пенитенциарного учреждения, при доступности – злоупотреблением алкоголем или наркотиками, а также саморазрушающим поведением (вплоть до суицида). Здесь механизмом формирования служит сочетание заболевания с лишением свободы как многоуровневый стресс, отсутствие поддержки, чувство вины за прошлые деяния, отчаяние от картины своего будущего, стигматизация в среде осужденных (особенно при туберкулезе, ВИЧ).

В случае пассивного принятия (адаптации через смирение) у осужденных отмечается снижение тревожности (однако без поисков новых смыслов), механическое выполнение требований, уход в рутину, минимизация контактов, фатализация. Подобное поведение формируется при истощении после продолжительной борьбы с болезнью, отсутствии внешних стимулов (например, отсутствие планов после освобождения), появлении религиозности как способа оправдания пассивности.

В случае конструктивного принятия (адаптации через переосмысление) осужденный при наличии неизлечимой болезни ищет новые жизненные смыслы. Это проявляется в участии в жизни пенитенциарного учреждения (помощь другим осужденным), в обращении к религии и духовным практикам, в попытках восстановления отношений с семьей и близкими, в творчестве (поделки, самодеятельность). Для подобного исхода необходимо наличие значимых людей вокруг (родственник, психолог или священник), также нужен доступ к информации о своей болезни, способах поддержания качества жизни, программы психологической помощи в учреждении. Реалистичное отношение к жизни может стать основой для продления и продуктивного проживания оставшегося времени, а также для адекватной коммуникации с окружающими (Кучкарев & Горностаев, 2025, с. 185).

Возможен также компенсаторный исход, обуславливающий развитие гиперкомпенсации, суть которой состоит в попытке искупить свою вину посредством чрезмерной активности. Это находит выражение в фанатичном соблюдении режима, стремлении помогать другим даже в ущерб себе, в публичном покаянии, демонстративном раскаянии, активном участии в мероприятиях пенитенциарного учреждения. И здесь риски связаны с перегрузками и обострением заболевания, а также с разочарованием при недостатке признания со стороны других осужденных.

В случае регрессивного исхода (инфантилизации) происходит возврат к детским моделям поведения как защите от стресса, что проявляется в зависимости от персонала, избегании любых решений, беспомощности, плаксивости, фиксации на мелочах. Причиной может стать недостаточная психологическая устойчивость до болезни, недостаток опыта самостоятельного преодоления трудностей.

В случае социально-адаптивного исхода через подготовку к освобождению суть динамики состоит в осознанной подготовке к жизни после освобождения, несмотря на наличие неизлечимого заболевания. Это выражается в планировании осужденным своей будущей жизни (поиск жилья, планирование бюджета, обучение новой профессии при доступности, восстановление документов, налаживание контактов с социальными службами). В качестве необходимых условий для положительного исхода выступают реалистичные сроки освобождения, поддержка социальных служб, вера в возможность достойной жизни с заболеванием.

В числе факторов, влияющих на вероятность того или иного исхода, можно выделить индивидуальные – возраст (молодые осужденные часто выбирают деструктивные или компенсаторные модели, а пожилые – пассивное принятие), образовательный уровень, религиозность; медицинские – аспекты прогрессирования заболевания (при быстром ухудшении чаще развивается депрессия), наличие болевого синдрома (усиливаются апатия или агрессия), доступность паллиативной помощи (может снизить страх смерти); социальные – контакты с родственниками и близкими, отношение персонала пенитенциарного учреждения, субкультура учреждения (жестким зонам присуща агрессия либо регрессия); психологические – прежний опыт преодоления кризисов, способность рефлексировать, наличие целей.

Проведенный анализ проблемы позволяет отметить, что независимо от того, какие именно неизлечимые заболевания имеют осужденные, все они испытывают значительные физические и эмоциональные переживания. Дальнейшее изучение данного вопроса поможет определить более эффективные пути психологической, медицинской, социальной помощи осужденным в соответствии с имеющимся у них диагнозом.

Нами была рассмотрена проблема структуры и особенности отношения к жизни у неизлечимо больных осужденных. В числе неизлечимо больных широко представлены группы лиц с такими заболеваниями, как ВИЧ/СПИД, туберкулез (в запущенной форме), сахарный диабет II степени, цирроз печени, хроническая сердечная недостаточность, онкология (рак).

Тяжелый диагноз неизлечимо больными осужденными воспринимается негативно, вызывает нарастание тревоги, депрессию и склонность к саморазрушению, деструктивному поведению вплоть до суицидальных попыток.

Исходы динамики отношения к жизни у таких лиц варьируются от значительной деструкции до конструктивного переосмысления. И здесь крайне важна психологическая помощь, создание условий для осмысления жизни даже при ограниченных обстоятельствах, поддержка со стороны окружения, грамотное сопровождение даже в тяжелых условиях.

Изучаемый нами важный критерий отношения к жизни у неизлечимо больных осужденных может играть значимую роль в ресоциализации данных лиц, при оказании помощи в терапии заболевания, выступая значимым показателем снижения частоты попыток к суициду и рецидива преступности в целях формирования реалистичного и позитивного отношения к жизни. Неизлечимо больные осужденные должны видеть реальное достижение своих целей и задач для формирования навыков саморегуляции и саморазвития, положительной направленности на еще не прожитый остаток жизни.

Список литературы

- Адлер, А. (2017). *Индивидуальная психология*. Питер.
- Асмолов, А. Г. (2025). *Психология достоинства: Искусство быть человеком*. Альпина Паблишер.
- Воронин, Р. М. (2014). Психологические особенности ВИЧ-инфицированных осужденных. *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*, (3), 68–75.
- Захарова, Е. В. (2020). Социальная фрустрированность больных туберкулезом. *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта*, (1), 401–405. <https://doi.org/10.34835/issn.2308-1961.2020.1.p401-405>
- Колесникова, Н. Е., & Цветкова, Н. А. (2020). *Пенитенциарная психология: социально-психологический подход к ресоциализации осужденных мужчин* (2-е изд.). Юрайт.
- Купченко, В. Е., & Куатов, А. К. (2009). Особенности временной перспективы осужденных с разным типом Я-концепции. *Вестник Омского университета*, 1, 10–16.
- Кучкарёв, Ю. Ю., & Горностаев, С. В. (2025). Психологическая характеристика отношения к жизни у неизлечимо больных осужденных. *Пенитенциарная наука*, 19(2), 180–188. <https://doi.org/10.46741/2686-9764.2025.70.2.008>
- Лебедев, И. Б., Евсеева, И. Г., Гаврина, Е. Е., & Чуманов, Ю. В. (2020). Психологические особенности представления о смысле жизни осужденными и особенности его формирования. *Вестник Московского университета МВД России*, (2), 326–332. <https://doi.org/10.24411/2073-0454-2020-10120>
- Малетина, Е. А., Годованец, О. Г., & Барская, А. В. (2017). Психологическое сопровождение осужденных, имеющих ограничения по здоровью. *Вестник института: преступление, наказание, исправление*, (2), 87–92.
- Михайлов, А. Н. (2017). Особенности восприятия значимых жизненных ситуаций неизлечимо больными осужденными мужчинами, отбывающими наказание в исправительных учреждениях (на примере ВИЧ-инфицированных осужденных). *Прикладная юридическая психология*, (2), 73–79.
- Рубинштейн, С. Л. (2012). *Бытие и сознание*. Питер.
- Рубинштейн, С. Л. (2023). *Основы общей психологии*. Питер.
- Субботина, Л. Ю., & Чудакова, Т. Л. (2021). Взаимовлияние безопасности личности и ее свойств. *Ярославский педагогический вестник*, (2), 87–95. <https://doi.org/10.20323/1813-145X-2021-2-119-87-95>

- Шаповал, И. А. (2014). Конструктивистско-психологический дискурс в анализе расстройств личности. *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*, (7-2), 157–161.
- Штефан, Е. Ф. (2022). Особенности Я-концепции осужденных, больных туберкулезом. *Мир науки. Педагогика и психология*, 10(6).
- Юнг, К. Г. (2019). *Архетипы и коллективное бессознательное*. АСТ.
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956–965. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)
- Rich, J. D., Wakeman, E. A., & Dickman, S. L. (2011). Delivering quality health care in the correctional setting. *American Journal of Public Health*, 101(Suppl. 1), 23–30.

References

- Adler, A. (2017). *Individual'naya psihologiya*. Piter.
- Asmolov, A. G. (2025). *Psihologiya dostoinstva: Iskustvo byt' chelovekom*. Al'pina Publisher.
- Voronin, R. M. (2014). Psihologicheskie osobennosti VICH-inficirovannyh osuzhdennyh. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptaciya, razvitie*, (3), 68–75.
- Zaharova, E. V. (2020). Social'naya frustrirovannost' bol'nyh tuberkulezom. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta*, (1), 401–405. <https://doi.org/10.34835/issn.2308-1961.2020.1.p401-405>
- Kolesnikova, N. E., & Cvetkova, N. A. (2020). *Penitenciarnaya psihologiya: social'no-psihologicheskij podhod k resocializacii osuzhdennyh muzhchin* (2-e izd.). YUrajt.
- Kupchenko, V. E., & Kumatov, A. K. (2009). Osobennosti vremennoj perspektivy osuzhdennyh s raznym tipom Ya-konceptii. *Vestnik Omskogo universiteta*, 1, 10–16.
- Kuchkarev, Yu. Yu., & Gornostaev, S. V. (2025). Psihologicheskaya harakteristika otnosheniya k zhizni u neizlechimo bol'nyh osuzhdennyh. *Penitenciarnaya nauka*, 19(2), 180–188. <https://doi.org/10.46741/2686-9764.2025.70.2.008>
- Lebedev, I. B., Evseeva, I. G., Gavrina, E. E., & Chumanov, Yu. V. (2020). Psihologicheskie osobennosti predstavleniya o smysle zhizni osuzhdennymi i osobennosti ego formirovaniya. *Vestnik Moskovskogo universiteta MVD Rossii*, (2), 326–332. <https://doi.org/10.24411/2073-0454-2020-10120>
- Maletina, E. A., Godovanec, O. G., & Barskaya, A. V. (2017). Psihologicheskoe soprovozhdenie osuzhdennyh, imeyushchih ogranicheniya po zdorov'yu. *Vestnik instituta: prestuplenie, nakazanie, ispravlenie*, (2), 87–92.
- Mihajlov, A. N. (2017). Osobennosti vospriyatiya znachimyh zhiznennyh situacij neizlechi-mo bol'nymi osuzhdennymi muzhchinami, otbyvayushchimi nakazanie v ispravitel'nyh uchrezhdeniyah (na primere VICH-inficirovannyh osuzhdennyh). *Prikladnaya yuridicheskaya psihologiya*, (2), 73–79.
- Rubinshtejn, S. L. (2012). *Bytie i soznanie*. Piter.
- Rubinshtejn, S. L. (2023). *Osnovy obshchej psihologii*. Piter.
- Subbotina, L. Yu., & Chudakova, T. L. (2021). Vzaimovliyanie bezopasnosti lichnosti i ee svojstv. *Yaroslavskij pedagogicheskij vestnik*, (2), 87–95. <https://doi.org/10.20323/1813-145X-2021-2-119-87-95>
- Shapoval, I. A. (2014). Konstruktivistско-psihologicheskij diskurs v analize rasstrojstv lichnosti. *Aktual'nye problemy gumanitarnyh i estestvennyh nauk*, (7-2), 157–161.
- Shtefan, E. F. (2022). Osobennosti Ya-konceptii osuzhdennyh, bol'nyh tuberkulezom. *Mir nauki. Pedagogika i psihologiya*, 10(6).
- Yung, K. G. (2019). *Arhetipy i kollektivnoe bessoznatel'noe*. AST.
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956–965. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)

Rich, J. D., Wakeman, E. A., & Dickman, S. L. (2011). Delivering quality health care in the correctional setting. *American Journal of Public Health*, 101(Suppl. 1), 23–30.

Информация об авторе

Юрий Юрьевич Кучкарёв – старший психолог психологической лаборатории ФКЛПУ МБ-10 УФСИН России по Вологодской области.

About the author

Yuri Yu. Kuchkarev – Senior Psychologist at the Psychological Laboratory of the Federal State Medical and Preventive Institution MB-10 of the Federal Penitentiary Service of Russia in the Vologda Region.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
The author declare no conflicts of interests.

Поступила в редакцию 09.10.2025

Одобрена после рецензирования 27.01.2026

Опубликована 28.04.2026

Submitted October 09, 2025

Approved after reviewing January 27, 2026

Accepted April 28, 2026