

## ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ: СМЕНА ПАРАДИГМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

*А.В. Махнач*

*Россия, г. Москва, Институт психологии Российской академии наук*

*E-mail: a.makhnach@psychol.ras.ru*

*В статье обсуждаются существующие парадигмы исследования: медицинская и социальная модели, показывается значимость экологического подхода (социальная модель) как теоретического основания исследований жизнеспособности человека. Рассматриваются близкие к жизнеспособности понятия «защитные механизмы», «совладание с трудными жизненными ситуациями». Делаются выводы о том, что жизнеспособность является потенциалом развития и адаптации индивида. Библиогр. 9.*

С появлением понятия «неуязвимость» (Garmezy, 1976) как качества, характеризующего детей, способных выжить в неблагоприятных условиях и в отсутствии социальных ресурсов, в психопатологии и психологии развития рождается понятие жизнеспособность (**resilience**). Исследования последних лет показали, что проведенные в лоне медицинской модели изучение жизнеспособности индивида, постепенно стали проводиться в рамках социальной модели; и экологический подход (социальная модель, модель здоровья) в ряде исследований стал преобладать над традиционным медицинским (Ungar, Liebenberg, 2005).

Термин «*медицинская модель*», предложенный Р. Лэнгом для определения набора процедур, по которым обучаются врачи, медицинские психологи, психотерапевты, описывает все процессы в человеке или обществе и представляет собой подход к индивиду и его болезни (физическому страданию, психической болезни, социальному неблагополучию), доминирующей в западной медицине, психотерапии. Этот подход проявляется в выявлении симптомов и синдромов и лечении тела (индивида, общества) как очень сложного механизма (Laing, 1996). Известно, что теоретические модели некоторых научных направлений полностью базируются на постулатах медицинской модели: психодинамические теории, психогенетические теории, биохимические теории, теории стресса и др.

Влиятельная вследствие фундаментальности большого количества исследований, научных традиций и больших имен медицинская модель часто, по нашему мнению, искажает реальность, т.к. представляет под определенным углом все, что в рамках этой модели имеется: данные, наблюдения, феномены, теоретические выкладки. В рамках этой модели восприятие человеком мира описывается в феноменологии «синдромов» и «симптомов» неблагополучия, что приводит к воспроизводству круга психического, психологического и социального неблагополучия: неблагополучные родители воспитывают неблагополучных детей, которые в свое время повторяют своих родителей.

В противовес этой модели в медицине, социальных и поведенческих науках появились *холистическая модель здоровья* (1970-е годы), *социальная модель* (обозначившаяся в 1960-е годы как реакция на сегрегацию инвалидов), *биопсихосоциальная модель* (Engel, 1977) и *модель выздоровления*. В последней – модели выздоровления используются такие важные для индивида понятия как надежда, индивидуальный потенциал выздоровления. Выздоровление рассматривается как процесс, как путь, который усиливается надеждой, пониманием собственных и социальных ресурсов, поддерживающими отношениями, включением в социум, развитием совладающих механизмов и появлением смысла жизни. Деинституционализация является очень важным для индивида явлением и событием, смысл которого заключается в возврате в общество, к правилам жизни малой и большой группы. Хотя эта модель разрабатывалась в основном для пациентов психиатрических клиник, алкоголиков (программа «Анонимные алкоголики»), как это не покажется на первый взгляд странным, для детей с девиантными формами поведения, сирот многие из этих понятий являются ключевыми, определяющими их «выздоровление» от «болезни», которую они получили от семьи, общества.

Фундаментальным понятием *социальной модели* (модели здоровья), появившейся как ответ на сегрегацию людей с особыми нуждами, является равенство всех: людей с особыми нуждами и обычных людей. Борьбу за равенство часто сравнивают с борьбой за равенство маргинализированных групп, потому как равенство не дается по рождению – его надо получить. Равные права усиливают возможность принятия решений и возможность жить в полноте жизни, что сопоставимо с определением жизнеспособности: «жить хорошо, любить хорошо, работать хорошо» (Garnezy, 1976). М. Оливер считает, что наличие социальной модели напрямую связано с доминирующей идеологией в обществе. По его представлению, если определенные структуры в обществе являются проблемными, то именно эти структуры требуют внимания со стороны общества и изменений этих структур уже в рамках модели здоровья (социальной модели). Дефицитарными признаками, оценивающими взаимодействие индивида с любой из действующих структур общества, он называет: отсутствие необходимого образования, бедность, дискриминация при приеме на работу, обесценивание сделанного человеком, предрассудки, вера в силу медицинского лечения, недостаток информации и др. (Oliver, 1996). В социальной модели люди с особыми нуждами (социальными, физическими, интеллектуальными) должны быть равноправными с другими членами общества в доступе к ресурсам семьи, общества, государства. Интересно, что настало время, когда даже для пересмотра классификаций DSM-V, ICD-11 предлагается обратить внимание на необходимость развития более «личностно-центрированного интегративного» подхода к диагностике, базирующейся на «био-психо-социо-культурном» подходе (Mezzich, Salloum, 2008). Этот тезис уже достаточно давно отражен в экологическом подходе психологии развития У. Бронфенбреннера (Bronfenbrenner, 1979). С опорой на основные положения экологического подхода активно развиваются в последнее время исследования жизнеспособности детей, подростков, семей, общества.

Обычно к факторам, оказывающим влияние на жизнеспособность, относят: инструментальные и эмоциональные потребности, зависимость/независимость, высокая/низкая самооценочность, принадлежность к собственной культуре, наличие опыта социальной справедливости/несправедливости, ощущение себя «другим», сформированная/несформированная жизненная философия (Ungar, Liebenberg, 2005). Исходя из этого жизнеспособность, по нашему мнению, это индивидуальная способность человека управлять собственными ресурсами: здоровьем, эмоциональной, мотивационно-волевой, когнитивной сферами, в контексте социальных, культурных норм и средовых условий (Махнач, Лактионова, 2007). Важно отметить следующее: «жизнеспособность» отличается от понятия «защитные механизмы» и «совладание с трудными жизненными ситуациями», так как подразумевает не просто преодоление человеком трудностей и возврат к прежнему состоянию, а прогресс, движение через трудности к новому этапу жизни. Таким образом, оно включает в себя два понятия: сопротивление разрушению, т.е. способность индивида защищать свою целостность, когда он испытывает сильное давление и способность строить полноценную жизнь в трудных условиях, что предполагает умение планировать свою жизнь, двигаясь в определенном направлении в течение какого-то времени (Ваништендаль, 1998).

Таким образом, анализ существующих двух парадигм: медицинской и социальной моделей в исследованиях человека, показал, что многие исследования в психологии до сих пор базируются на традиционной медицинской модели, которая сужает возможности анализа индивидуальных особенностей человека и концентрируется на исследованиях дефицитарности тех или иных функций индивида (общества). Развитие исследований в психологии в русле социальной модели предпочтительней. Это позволяет изучать, оценивать, развивать те стороны личности, которые являются ресурсными для нее и составляют жизнеспособность индивида. Особенно в неблагоприятных жизненных условиях культура и социальное окружение играют главную роль в формировании жизнеспособности индивида, так как показывают тот вектор развития человека, который позволяет ему в любых ситуациях оставаться способным работать хорошо, играть хорошо, любить хорошо, т.е. быть жизнеспособным.

### Литература

1. *Ваништендаль С.* «Резильентность» или оправданные надежды. Раненный, но не побежденный. Женева: Vice, 1998.
2. *Махнач А.В., Лактионова А.И.* Жизнеспособность подростков: понятие и концепция // Психология адаптации и социальная среда: Современные подходы, проблемы, перспективы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН». С. 290-312.
3. *Bronfenbrenner U.* The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1979.
4. *Engel G.* The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. 1977. № 196. p. 129–136.
5. *Garnezy N.* Experimental study of children vulnerable to psychopathology // Child personality and psychopathology. / Ed.: A. Davids. New York: Wiley. 1976. Vol. 2. p. 171-216.

6. *Laing R.D.* The Politics of the Family and Other Essays. London: Tavistock Publications. 1971.
7. *Mezzich J., Salloum I.* Clinical complexity and personcentered integrative diagnosis // World Psychiatry. 2008. Vol. 7. p. 1–2.
8. *Oliver M.* Understanding disability, from theory to practice. London: Macmillan. 1996.
9. *Ungar M., Liebenberg L.* The International Resilience Project: a mixed methods approach to the study of resilience across cultures // Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts / Ed.: M. Ungar. Thousand Oaks: Sage Publications. 2005. p. 211-226.

## **RESILIENCE: SHIFT OF THE RESEARCH PARADIGM**

*A. Makhnach*

It is discussed the existing paradigms of the research: medical and social models, and the importance of the ecological approach (social model) as a theoretical basis of the resilience research. Several concepts close related to resilience such as defence mechanisms, coping with adverse life events are considered. Conclusions that resilience is a potential of the individual development and adaptation are made.