

К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ПОНЯТИЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ В ПСИХИАТРИИ

И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

В последние годы обращает на себя внимание все большее использование в психологической и отчасти в психиатрической литературе понятия *resilience* и *hardiness* (личностная «сопротивляемость», «устойчивость», «жизнестойкость»). Несмотря на близость этих понятий, значительно более широко используется термин *resilience*. Пожалуй, наибольшее количество работ по этой проблеме относится к психологии стресса и совладания с ним, а также к сфере различных профессий: менеджеры, испытывающие стресс в связи с изменениями в компании, лица с меняющимися условиями трудовой деятельности, с предрасположенностью к заболеваниям, спортсмены, пожарные и пр. Однако, научно-исследовательский и практический интерес к указанному понятию давно уже приобрел более широкую значимость.

В литературе указывается, что *resilience* как понятие и как сфера научных интересов в психологии развития укоренились уже в течение нескольких десятилетий, хотя в последнее время внимание к ним расширилось. Некоторые авторы [9, 11, 26, 46, 57] связывают это с парадигмальным сдвигом в психологии – от подхода, основанного на уроне, повреждении, к модели опоры на активизацию и сильные стороны личности в преодолении трудностей. Черты *resilience* идентифицируются со значимой в эволюционном плане характеристикой, а также с процессом научения, ведущим к лучшей приспособляемости [49, 52]. С этим связан интерес к данной проблеме в психологии детского и подросткового возраста, в частности, к долгосрочным благоприятным исходам взросления детей в неблагоприятном окружении, в условиях, считающихся деструктивными и несовместимыми с благоприятным развитием, что отражено, например, в лонгитудинальном исследовании на Гавайях [59], показавшем, что некоторые дети становятся социально компетентными взрослыми, несмотря на свой прежний статус высокого риска. Сюда же относятся исследования развития детей в семьях, где матери страдали шизофренией, развития детей и подростков вопреки другим неблагоприятным условиям (экономические лишения, неправильное отношение

родителей, хронические заболевания, агрессия и пр.) [13, 22, 34, 35]. Исследования включают также школьников и студентов с проблемами обучения, инвалидов, лиц взрослого возраста и периода старения [14, 24, 25, 28, 29, 38, 56, 58, 60]. Можно отметить, что с ростом числа исследований происходит процесс формирования более точной дефиниции *resilience*: от таких определений, как «мотивирующая сила внутри каждого...» [47] или «динамический процесс, включающий позитивную адаптацию в контексте существенного неблагоприятного влияния» [34], и подобных других [41, 51] до включающих ряд различных конкретных характеристик, например, восьми следующих: индивидуальная чувствительность к риску, возможность усилий по уменьшению негативных цепных реакций, сопутствующих риску, а также по укреплению позитивных цепных реакций, созданию новых, в том числе нейтрализующих возможностей [49]. Однако, указывается, что при обсуждении этих и других отдельных составляющих в публикациях отмечается влияние произвольных суждений, собственных предпочтений и интерпретаций авторов [39, 40, 54]. В недавних работах [42] обращается внимание на влияние самооценки на *resilience* (при этом учитывается, что самооценка включает представления как о собственной ценности, «достоинстве», так и о собственной компетентности [21], а также чувстве автономии [23]; обозначаются «три строительных камня» *resilience*: самооценка, чувство безопасности и чувство самоэффективности [24].

Следует отметить не только попытки представить операциональные критерии *resilience*, но и опросники, которые позволяют изучать указанную характеристику в сравнительных исследованиях. В частности, можно указать на опросник «Калифорнийское исследование здоровых детей, версия 2009–2010» [17], предложенный для старшеклассников средней школы. Предварительно надо заметить, что некоторые авторы [34] отмечают наличие у лиц с *resilience* несоответствия в разных сферах жизнедеятельности, в связи с чем было высказано предположение о необходимости рассматривать отдельно проявления *resilience* в социальном,

образовательном и эмоциональном аспектах. Кроме того, в работах, относящихся как к детско-подростковому, так и к взрослому возрасту [41], обращается внимание на значимость характеристик окружения [34]. Формирование и выявление указанных выше личностных черт наиболее полно обнаруживается в определенной, обычно неблагоприятной среде, в связи с чем некоторые авторы описывают таких больных, в том числе больных шизофренией, в рамках «динамических интеракционных моделей», подчеркивают экологическую составляющую, используют термин *eco-resilience* [15, 33, 55]. Это находит отражение в указанном опроснике. Содержащиеся в нем вопросы можно представить в следующем обобщенном виде. Они касаются наличия определенных планов на будущее об окончании и продолжении образования; характеристику конструктивности механизмов совладания; положительную оценку своих возможностей («я многое делаю хорошо» и пр.); в то же время понимания позиции и чувств других; наличия смысла жизни, понимания истоков своего настроения и чувств, а также осознания линии своего поведения («я понимаю, почему я делаю то, что я делаю»).

Еще несколько более кратких подразделов опросника касаются характеристики друзей подростка в аспекте возможности получения от них поддержки, а также родителей или других взрослых как в этом же плане, так и в отношении значимости положительной оценки своей роли и комфортности в их среде, в семье. Хотя нельзя не согласиться с высказываемым в литературе мнением о еще имеющихся расхождениях в понимании *resilience* как изолированного конструкта и с чем он соотносится [10, 12, 19, 34, 55], но определенная согласованность понимания все же несомненно есть, что проявляется и во все большем использовании этого понятия в расширяющихся сферах.

Жизнестойкость (*hardiness*) – понятие, введенное S.Kobasa и S.Maddi [30], а последним из этих авторов наиболее подробно исследованное, правда, больше применительно к контингентам здоровых – менеджеров, спортсменов, представителей других профессий в предотвращении стрессовых расстройств, преодолении трудностей, оказании буферного влияния на развитие заболеваний, а также обеспечении успеха деятельности [36]. Что касается соотношения с термином *resilience*, то, по мнению S.Maddi и D.Khoshaba [37], сопротивляемость, устойчивость является скорее следствием жизнестойкости как личностной диспозиции, то есть устойчивость определяется как бихевиоральная реакция. Устойчивость – это вообще проблемная область, в то время как жизнестойкость – ее конкретный вариант.

В целом ряде исследований было установлено, что показатели жизнестойкости оказываются независимыми от возраста, пола, образования, семейного положения, статуса в обществе, религии и этнической принадлежности [2]. В связи с этим жизне-

стойкость рассматривается как ключевая личностная характеристика, определяющая меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность, и, в конечном итоге, помогающая достижению успеха в деятельности.

Базируясь на этих работах, описывая их, Д.А.Леонтьев и Е.И.Расказова [2] (кстати, Д.А.Леонтьев первый предложил обозначать описываемую характеристику на русском языке как жизнестойкость) указывают, что она включает в себя три относительно автономных компонента: вовлеченность (*commitment*), контроль (*control*) и принятие риска (*challenge*).

Вовлеченность – это убежденность, что вовлечение в происходящее дает шанс найти нечто стоящее и интересное для личности; человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от собственной деятельности (противоположность – ощущение себя вне жизни, отвергнутость).

Контроль – убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, даже если это влияние недостаточно и успех не гарантирован (противоположность – ощущение собственной беспомощности).

Принятие риска – готовность человека действовать в отсутствие надежных гарантий успеха (стремление к простому комфорту и безопасности обедняет жизнь личности).

Указанные компоненты находятся между собой в системном, синергическом характере взаимодействия, при котором суммарный эффект превышает сумму эффектов каждого компонента в отдельности. Согласно S.C.Kobasa [31], влияния жизнестойкости на психическое здоровье опосредованы индивидуальной когнитивной оценкой стрессовых ситуаций и индивидуальным репертуаром стратегий совладания. Указывается [53], что жизнестойкость объединяет два компонента оценки. Она, с одной стороны, влияет на восприятие ситуации, снижая оценку угрозы, и ситуация в силу личностных особенностей воспринимается как менее травматичная. С другой стороны, жизнестойкость способствует активному преодолению трудностей, увеличивая ожидания индивидуума в том, что его усилия по совладанию будут успешными. Она связана с «трансформационным» (в отличие от «регрессивного» [37]) совладанием, что подразумевает готовность действовать, активность в стрессовой ситуации. Буферное влияние жизнестойкости связано также с усилением ответственности и поиском активной социальной поддержки [2].

Сообщается о результатах целого ряда исследований, позволяющих отграничить жизнестойкость от других положительных характеристик личности. Хотя высказывается мнение [16], что оптимизм и жизнестойкость являются двумя внутренними характеристиками *resilience*, такая характеристика как оптимизм может рассогласовываться с адекватной оценкой различных ситуаций (недооценка,

переоценка), в то время как предсказательная способность жизнестойкости, соответственно особенностям ситуации, оказывается выше. Самоэффективность – это уверенность в своей способности выполнять определенную деятельность, в то время как жизнестойкость – личностная диспозиция.

Как сообщают авторы [2], с 2002 года ими (Д.А.Леонтьевым и Е.И.Рассказовой с разрешения S.Maddi) проводилась разработка и апробация русскоязычной версии теста жизнестойкости. В окончательном варианте эта валидизированная версия включает 45 пунктов, содержащих прямые и обратные вопросы трех шкал опросника (вовлеченность, контроль, принятие риска).

В то же время представляется уместной попытка хотя бы краткой описательной реконструкции личностной характеристики, относящейся к понятию жизнестойкости и представленной в целом ряде публикаций фрагментарно или более полно.

Речь идет о людях, отличающихся личностной активностью, не остающихся в стороне, в пассиве, но предпочитающих включенность в ход событий, обнаруживающих конформный, социально позитивный [34] выбор (от группы риска у детей и подростков до социальной компетентности у взрослых) [35, 59]. Они отличаются стремлением к достижению, способностью добиваться желаемого, намеченного, но без паранояльности и конфликтности, напротив, сохраняя адекватную оценку ситуаций, понимание мнений и позиций других и полное восприятие совместной деятельности.

Стремление к достижению намеченной цели сочетается с гибкостью позиции, с возвращением к осуществлению цели, когда это вновь оказывается возможным. Например, это выражается в стремлении закончить образование, получить профессию, когда этот процесс был по каким-либо объективным причинам прерван. То же относится к профессиональным достижениям, мероприятиям карьерного роста и может особенно проявляться в той или иной сфере жизнедеятельности (вплоть до предположения, что социальная и эмоциональная жизнестойкость, возможно, должны рассматриваться по отдельности, так как они могут иметь место независимо друг от друга) [34].

Звучащий в некоторых публикациях упрек в конформности опровергается предпочтением собственного выбора, риска (в отличие от управляемости со стороны других), например, в работе, в профессиональной деятельности, наличием обычно собственной линии поведения и оценок, выявлением самоэффективности, получения удовольствия от собственной деятельности [2].

Особое место в характеристике занимает «паттерн эффективного функционирования» [41] в окружении изменчивых требований, устойчивость характеристик, позволяющих пережить натиск стрессовых ситуаций [51], справляться с болью и потерями, сопротивляться неопределенности, сохранять пластичность развития. Этому способствует

осознанность и адекватная оценка ситуации, креативность и склонность к новым решениям [37] и, как следствие, выбор конструктивных «трансформационных» в отличие от «негативных» [36] вариантов совладания при наличии присущего этим людям восприятия жизненных изменений как менее стрессовых и обращение к поиску активной социальной поддержки. Жизненный путь таких лиц, преморбид, когда речь идет о хронических заболеваниях, как, например, шизофрения, могут выявлять указанные личностные особенности, а в клинической картине обнаруживать черты противодействия болезненным проявлениям (например, при ипохондрических расстройствах усиленное занятие гимнастикой, спортом, использование своеобразных вариантов «здорового образа жизни»), а в процессе социального восстановления – формирование позиции контроля над болезнью.

Помимо операциональных критериев и соответствующих опросников, опирающихся на представление о жизнестойкости как на определенный психологический конструкт, представляется важным формирование в психиатрии представления о жизнестойкости как характеристики преморбидной личности в непосредственной каждодневной деятельности психиатров, что может иметь большое значение и использоваться для долгосрочного прогноза в клинике психических заболеваний, в частности, шизофрении, в том числе при решении таких проблем, как возможность личностно-социального восстановления (recovery) и, особенно, в психосоциальной реабилитации.

Не вдаваясь в обширную литературу о личностных типах, акцентуациях личности [32] или характера [3], отметим, что в психиатрии, когда речь идет о преморбидной личности, обычно, помимо синтонных, выделяют такие типы как шизоиды, циклоиды, гипертимные, тревожные, сенситивные, паранояльные и другие; количество подобных типов варьирует в описаниях разных авторов. Как известно, характеризуясь отдельными чертами, в определенной степени психологическими радикалами [50], указанные типы не достигают степени психопатий и не квалифицируются как расстройства личности [5]. Выделение различных личностных типов есть не только стремление к систематике преморбидного фона; они могут играть роль предрасполагающего фактора [3], учитываются в представлениях о психопатологическом диатезе [7], являются важным компонентом прогноза течения и исхода заболевания, степени социальной адаптации/деадаптации пациента.

Указывается на конституциональные особенности, врожденный характер [1, 8], обусловленность генетическими факторами [3] указанных типов. Например, отмечается, что «никаким особым воспитанием невозможно вырастить гипертима, циклоида или шизоида» [4]. Вместе с тем, невозможно исключить и роль средовых воздействий в проявлениях имеющих особенностей, их выра-

женности в зависимости от тех или иных жизненных ситуаций. Кроме «смешанных» типов, выделяются и «амальгамные», когда на черты одного из типов под влиянием воспитания накладываются черты другого типа [4]. В отличие от них, описываемый личностный тип, личностный преморбид с чертами устойчивости, жизнестойкости тяготеет больше к модели «биосоциального» [20, 43, 44] или даже «социального научения» [6], если такой «чистый» вариант вообще возможен. Как отмечалось, это находит отражение и в подчеркивании экологической составляющей особенностей черт жизнестойкости.

Характеристика преморбидной личности является одним из общепризнанных прогностических факторов, что подтверждено многочисленными исследованиями. Жизнестойкость как психологические особенности, формирующиеся, как считается [48, 49], с детско-подросткового возраста в процессе жизненного опыта, выступает как важный самостоятельный фактор. Соотношение жизнестойкости с обычно используемыми характеристиками еще предстоит изучить, но по своей природе, как сформировавшаяся под влиянием средовых воздействий, она может оказаться более мощным факто-

ром особенно для личностно-социального восстановления и вообще для психосоциальной реабилитации психически больных, что не исключает влияния на более благоприятное течение заболевания в целом; высказывается также мнение о буферном влиянии жизнестойкости на сокращение частоты обострений и госпитализаций [57], о более благоприятных спонтанных изменениях в течении шизофренического процесса [27].

При этом, когда речь идет об операциональных (дизенциальных) критериях, системе, описанные особенности представляются в виде определенного психологического конструкта. Такой конструкт, например, с определением соответствующих компонентов и структуры (вовлеченность, принятие риска, контроль) положен в основу теста жизнестойкости S.Maddi, позволяющего осуществлять измерения выраженности, соотношение структурных составляющих взаимодействия, что является чрезвычайно важным. Вместе с тем, важен и учет указанных личностных характеристик в каждодневной психиатрической практике. Использование понятия жизнестойкости может иметь особое значение для психосоциального направления в психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кречмер Э. (Kretschmer E.) Строение тела и характер. Пер. с нем. М.-Л., 1930. 304 с.
2. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
3. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983. 256 с.
4. Личко А.Е. Акцентуации характера как концепция в психиатрии и медицинской психологии // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1993. № 1. С. 5–17.
5. Смулевич А.Б. Расстройства личности. М.: МИА, 2007. 189 с.
6. Солсо Р.Л. (Solso R.L.) Когнитивная психология. Пер. с англ. / Вступительная статья к монографии В.П.Зинченко, А.И.Назаров. М.: Тривола, М.: Либерея, 2002. С. 11–20.
7. Циркин С.Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств: диатез и шизофрения // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. Т. 5, № 2. С. 114–118.
8. Юнг К. (Jung K.) Психологические типы. Пер. с нем. под ред. В.Зеленского. М.: Прогресс-Универс, 1995. 716 с.
9. Barnes G. Operationalizing the uncertain: Some clinical reflections // J. Family Therapy. 1999. Vol. 21. P. 145–153.
10. Barton W. Methodological square pegs and theoretical black holes // Resiliency: An integrated approach to practice, policy, and research / R. Greene (Ed.). Washington, DC: NASW Press, 2002. P. 95–114.
11. Blundo R. Mental health: A shift in perspective // Resiliency: An integrated approach to practice, policy, and research / R. Greene (Ed.). Washington, DC: NASW Press, 2002. P. 133–152.
12. Bonanno G. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? // Am. Psychol. 2004. P. 59, N 1. P. 20–28.
13. Bosworth K., Earthman E. From theory to practice: School leaders' perspectives on resiliency // J. Clin. Psychol. 2002. Vol. 58, N 3. P. 299–306.
14. Brandtstadter J. Sources of resiliency in later life. Dynamics of goal pursuit and goal adjustment. Paper presented at First International Positive Psychology Summit. 2002. Retrieved February 16, 2004, from <http://www.gallup.hu/pps/brandtstadter.htm>
15. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development // Am. Psychol. 1977. Vol. 32. P. 513–531.
16. Brooks R.B. Children at risk: fostering resilience and hope // Am. J. Orthopsychiatry. Vol. 64. P. 545–553.
17. Californian Healthy Kids Survey. High School Questionnaire. Module B: Supplemental resilience and youth development. Version M12 – Fall 2009 – Spring 2010. CA Department of Education, 2009.
18. Cohen L., Cimbalic K., Armeli S., Hettler T. Quantitative assessment of thriving // J. Soc. Issues. 1998. Vol. 54, N 2. P. 323–330.
19. Csikszentmihalyi M. Legs or wings? A reply to R.S.Lazarus // Psychol. Inquiry. 2003. Vol. 14, N 2. P. 113–115.
20. Cloninger C.R. A united biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states // Psychiatry Rev. 1986. Vol. 4, N 3. P. 167–226.
21. Diener E. What is positive about positive psychology: The curmudgeon and Pollyanna // Psychol. Inquiry. 2003. Vol. 14, N 2. P. 115–120.
22. Ferguson P. A place in the family: An historical interpretation of research on parents reactions to having a child with a disability // J. Special Education, Fall. 2002.
23. Hamarat E., Thompson D., Steele D. et al. Age differences in coping resources and satisfaction with life among middle-aged, young-old, and oldest-old adults // J. Gen. Psychol. 2002. Vol. 163, N 3. P. 360–367.
24. Hardy S., Concato J., Gill M. Stressful life events among community-living older persons // J. Gen. Intern. Med. 2002. Vol. 17. P. 841–847.
25. Hardy S., Concato J., Gill M. Resilience of community-dwelling older persons // J. Am. Geriatrics Soc. 2004. Vol. 52, N 2. P. 257–262.
26. Held B. The tyranny of the positive attitude in America: Observation and speculation // J. Clin. Psychol. 2002. Vol. 55, N 9. P. 965–992.
27. Jobe T.H., Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: A review // Can. J. Psychiatry. 2005. Vol. 50, N 4. P. 892–899.
28. King G., Brown E., Smith L. Resilience: Learning from people with disabilities and the turning points in their lives. Westport Connecticut: Praeger Publishers, 2003.
29. King G., Gathers T., Brown E. et al. Turning points and protective processes in the lives of people with chronic disabilities // Qualitative Health Res. 2003. Vol. 13, N 2. P. 184–206.
30. Kobasa S.C., Maddi S.R. Existential personality theory // Current personality theory / R.Corsini (Ed.). Itasca: F.E.Peacock Publisher, 1977.
31. Kobasa S.C. Personality and resistance to illness // Am. J. Commun. Psychol. 1979. Vol. 7. P. 413–423.
32. Leonhard K. Akzentuierte Persönlichkeit. Berlin, 1957.
33. Linares J.L., Vallarino D. Schizophrenia and eco-resilience // J. Systemic Therapies. 2008. Vol. 27, N 3. P. 16–29.
34. Luther S., Cicchetti D., Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work // Child Development. 2000. Vol. 71, N 3. P. 543–562.
35. Mackay R. Family resilience and good child outcomes: an overview of the research literature // Social Policy J. 2003. Vol. 20. P. 98–119.
36. Maddi S. Dispositional hardiness in health and effectiveness // Encyclopedia of mental health / H.S.Friedman (Ed.). San Diego (CA): Academic Press, 1998. P. 323–335.

37. Maddi S., Khoshaba D. Resilience at work. NY: Am. Management Association, 2005.
38. Margalit M. Resilience model among individuals with learning disabilities: Proximal and distal influences // *Learning Disabilities Research & Practice*. 2003. Vol. 18, N 2. P. 82–86.
39. Martineau S. The risky business of translating resiliency research into advocacy. EC Institute against Family Violence Newsletter. Winter. Retrieved April 10, 2004, from <http://www.bcfv.org/resources/newsletter/2001/winter/sheila.shtml>
40. Massey S., Cameron A., Ouellette S., Fine M. Qualitative approaches to the study of thriving // *J. Soc. Issues*. 1998. Vol. 54, N 2. P. 337–348.
41. Masten A., Coatsworth J., Neemann J. et al. The structure and coherence of competence from childhood through adolescence // *Child Development*. 1995. Vol. 66. P. 1635–1659.
42. Miller D., Daniel B. Competent to cope, worthy of happiness? How the duality of self-esteem can inform a resilience-based classroom environment // *School Psychol. Intern.* 2007. Vol. 28, N 5. P. 605–622.
43. Millon T. Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning. Philadelphia, 1969.
44. Millon T. Disorders of personality DSM-IV and beyond. NY, Toronto, Singapore, 1996.
45. Mruk C. Self-esteem: Research, theory and practice. London: Free Association Books, 1999.
46. O'Leary V. Strength in the face of adversity: Individual and social thriving // *J. Soc. Issues*. 1998. Vol. 54, N 2. P. 425.
47. Richardson G. The metatheory of resilience and resiliency // *J. Clin. Psychol.* 2002. Vol. 5, Suppl., N 3. P. 307–321.
48. Rutter M. Stress, coping and development: Some issues and some questions // *Stress, coping and development in children / M. Rutter, N. Gar-mezy (Eds.)*. New York: McGraw Hill, 1983. P. 1–41.
49. Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy // *J. Family Therapy*. 1999. Vol. 21. P. 119–144.
50. Schneider K. Die Psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig, Wien, 1928.
51. Small S., Memmo M. Contemporary models of youth development and problem prevention: Toward an integration of terms, concepts, and models // *Family Relations*. 2004. Vol. 53, N 1. P. 3–11.
52. Smith G. Resilience concepts and findings: implications for family therapy // *Family Therapist*. 1999. Vol. 21. P. 154–158.
53. Tartasky D.S. Hardiness: conceptual and methodological issues // *Image*. 1993. Vol. 25. P. 225–229.
54. Ungar M. Qualitative contributions to resilience research // *Qualitative Social Work*. 2003. Vol. 2, N 1. P. 85–102.
55. Ungar M. A constructionist discourse on resilience: Multiple contexts, multiple realities among at-risk children and youth // *Youth & Society*. 2004. Vol. 35, N 3. P. 341–356.
56. Walker C. Transformative aging: How mature adults respond to growing older // *J. Theory Construction & Testing*. 2003. Vol. 6, N 2. P. 109–116.
57. Walsh F. The concept of family resilience: crisis and challenge // *Family Process*. 1996. Vol. 35. P. 261–281.
58. Wells R., Schwebel A. Chronically ill children and their mother: Predictors of resilience and vulnerability to hospitalization and surgical stress // *J. Developm. Behav. Pediatrics*. 1987. Vol. 18. P. 83–89.
59. Werner E., Smith R. Kauai's children come of age. Honolulu: University of Hawaii Press, 1977.
60. Wyman P.A., Pedro-Carroll J., Forbes-Jones E.L. Childhood resilience // *Encyclopaedia of primary prevention and health promotion / T.P. Gullotta, M. Bloom (Eds.)*. NY: Plenum, 2003

К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ПОНЯТИЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ В ПСИХИАТРИИ

И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова

Приводится аналитический обзор опубликованных психологических и психиатрических работ, в которых используются понятия resilience и hardiness для одного из вариантов личностной характеристики, имеющей важное положительное прогностическое значение не только для переносимости стрессовых ситуаций, обеспечения успеха деятельности в сфере различных профессий, в том числе с меняющимися условиями труда, но также при формировании у детей в деструктивных условиях развития, когда дети, тем не менее, становятся социально компетентными взрослыми, а также при хронических, в том числе психических заболеваниях, например, при шизофрении.

Речь идет о дополнении систематики личностных типов преморби-

да, обычно используемых в психиатрии, за счет данного типа, с жизнестойкостью. В отличие от других, он, однако, не имеет генетической, конституциональной обусловленности, скорее тяготеет к биосоциальной модели или модели социального научения. В связи с этим высказывается предположение, что данный личностный тип может оказаться более мощным фактором для личностно-социального восстановления, психосоциальной реабилитации психически больных и может иметь важное значение для психосоциального направления в психиатрии.

Ключевые слова: жизнестойкость, психические заболевания, преморбидная личность, личностно-социальное восстановление, психосоциальная реабилитация.

THE MEANING OF 'RESILIENCE' CONCEPT IN PSYCHIATRY

I. Ya. Gurovich, Ya. A. Storozhakova

The authors analyze psychological and psychiatric literature using the concepts of 'resilience' and 'hardiness' for description of a personality characteristic, which seems to play a positive predictive role for coping with stressful situations, achievements in different professional spheres, including those with changing labor conditions, but also in child development, when children in unfavorable conditions still grow into socially competent adults, and in chronic, also mental, disorders, like schizophrenia.

This 'resilient' type could be included in the standard classification of premorbid personality subtypes used in psychiatry. Unlike other subtypes, it is not genetic or constitutional, it rather has to do with biosocial or social learning models. Because of this, it could be a powerful factor for personal and social recovery and psychosocial rehabilitation of mental patients, and play an important role in psychosocial direction in psychiatry.

Key words: resilience, mental diseases, premorbid personality, recovery, psychosocial rehabilitation.

Гурович Исаак Яковлевич – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Росздрава»; e-mail: isaac.gurovich@gmail.com

Сторожакова Янина Абрамовна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Росздрава»; e-mail: yanina.storozhakova@gmail.com