

## СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ КАК ПАРАДИГМА ИССЛЕДОВАНИЙ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

*А.В. Махнач*

**Махнач Александр Валентинович** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Института психологии РАН (г. Москва).

Контактный адрес: amak@inbox.ru

В статье сопоставляются медицинская и социальная модели, обосновывается закономерность смены парадигмы исследований и появление социальной модели в большинстве исследований в социальных науках и медицине. Модель здоровья (социальная модель) базируется на принципе равенства всех: людей с особыми нуждами и обычных людей. Сосуществование двух подходов: с позиции дефицита (медицинская модель) и здоровья (социальная модель) рассматривается на примере феноменологии и дискурса сиротства. Сиротство в рамках медицинской модели описывает окружающую среду ребенка-сироты и его самого «синдромами» и «симптомами» неблагополучия, что приводит к воспроизводству круга неблагополучия. Отход от медицинской модели в пользу социальной в малой степени коснулся феноменологии сиротства. Появление психологии здоровья рассматривается как отход от медицинской модели и обращение к исследованиям жизнеспособности человека. Социальная модель анализируется как предтеча исследований жизнеспособности человека. Обсуждается операционализация понятия «жизнеспособность человека». Приводятся данные исследований группы подростков-сирот в русле четырехаспектной экологической модели. Факторная структура жизнеспособности исследуемой группы описана в пространстве четырех факторов: «Взаимоотношения», «Субкультура», «Общество», «Личностные характеристики». Взаимоотношения являются наиболее значимым ресурсом жизнеспособности для подростков-сирот.

**Ключевые слова:** медицинская модель vs социальная модель, операционализация термина «жизнеспособность человека», жизнеспособность подростков-сирот, факторная структура жизнеспособности.

Все 140 лет истории развития научная психология преимущественно была сосредоточена на том, что происходит с человеком не так и не в том направлении. В значительной степени эта ситуация отражалась в особом внимании к клинической психологии, ориентированной на лечение психических заболеваний. Научные изыскания и практика пионеров клинической психологии были направлены на лечение больных с психопатологией. Желание лечения психических заболеваний привело к тому, что стали дискретно развиваться методы и формы фармакологического и психотерапевтического лечения, многие из которых, несомненно, продемонстрировали эффективность в лечении психических заболеваний. Однако понимание психического заболевания как болезни и соответственно развитие медицинской модели лечения преобладало, что привело в основном к финансированию и развитию научных исследований и лечения психических расстройств, при этом психология нормального, здорового функционирования человеческого поведения и условий, способствующих благополучию человека, чаще всего игнорировалась [39].

**Смена парадигмы исследований: от медицинской модели к социальной.**

В последнее время в психологии, как и во всех социальных науках, существуют два подхода, которые в общем виде сопоставимы с двумя моделями: медицинской и социальной (модель здоровья). Медицинская модель – это термин, предложенный Р. Лэнгом как зонтичное понятие, включающее в

себя набор процедур, которым в большинстве программ обучаются врачи, медицинские психологи, психотерапевты [31]. Этот набор процедур предполагает знание истории болезни, анализы и лечение, которые надо назначить, прогноз успешности лечения с позиции дефицитарности, дефекта. Известный социолог Э. Гофман сравнивал эту модель, появившуюся в эпоху постиндустриальной революции, с проведением ремонтных работ плохим мастером, что-то починяющего (часы, радио или позже – телевизор) [29], рассматривая ее как весьма механистичную. Медицинская модель описывает все процессы в человеке или обществе и представляет собой подход к индивиду и его болезни (физическое страдание, психическая болезнь, социальное неблагополучие), доминирующей в медицине, психотерапии, целью которого является выявление симптомов и синдромов в лечении тела (индивид, общество) как очень сложного механизма. Теоретические модели некоторых научных направлений базируются на постулатах медицинской модели: психодинамические теории, психогенетические теории, биохимические теории, теории стресса, культурно-историческая концепция психического развития и теория когнитивного развития Ж. Пиаже и многие другие.

Влиятельная вследствие фундаментальности большого количества исследований, научных традиций и больших имен медицинская модель часто искажает реальность, так как представляет под определенным углом все, что в рамках этой модели имеется: данные, наблюдения, феномены, теории.

Эта модель (изначально как набор процедур) является на сегодняшний день моделью не только медицинских процедур в адрес больного, но и моделью мира, оказывающей значительное влияние на теоретиков в медицине, психологии, философии, специалистов многих отраслей человекознания. В итоге, посредством литературы, СМИ, фильмов, искусства, доминирующей в обществе идеологии, эта модель нездоровья усиливает и интернализирует негативное самовосприятие индивида, не способствует его развитию.

В противовес этой модели в медицине, социальных и поведенческих науках появились *холистическая модель здоровья* (1970-е гг.), *социальная модель* (обозначившаяся в 1960-е гг. как реакция на сегрегацию инвалидов), *биопсихосоциальная модель* [26], *модель выздоровления*. В последней – модели выздоровления – используются такие важные для индивида понятия, как надежда, индивидуальный потенциал, выздоровление. Выздоровление рассматривается как процесс, как путь, который усиливается надеждой, пониманием себя, поддерживающими отношениями, включением в социум, развитием совладающих механизмов, появлением смысла жизни, жизнеспособностью человека. В связи с этим деинституционализация является очень важным для взрослого человека или ребенка явлением и событием, смысл которого заключается в возврате в общество, к правилам жизни малой группы, нормального социального окружения. Хотя эта модель и разрабатывалась в основном на группах пациентов психиатрических клиник, алкоголиков (программа «Анонимные алкоголики»). Фундаментальным понятием социальной модели (модель здоровья), появившейся как ответ на сегрегацию людей с особыми нуждами, является равенство всех: людей с особыми нуждами и обычных людей. Борьба за равенство часто сравнивают с борьбой за равенство маргинализованных 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» [28]. Социальная активность, отраженная в старом лозунге «Ничего о нас без нас» требует изменений в обществе. И это проявляется: в социальных установках в адрес разных социальных групп людей, доступности информации в тех видах и формах, которые могут без барьеров восприниматься людьми с разными социальными потребностями, формировании социальных установок, свободных от тех или иных предрассудков.

М. Оливер, один из авторов социальной модели, считает, что наличие «социальной модели» напрямую связано с доминирующей идеологией в обществе. По его мнению, если определенные структуры в обществе являются проблемными, то именно они требуют внимания со стороны общества и изменений этих структур уже в рамках модели здоровья [37]. К дефицитным признакам, оценивающим взаимодействие индивида с любой из действующих структур общества, он относит: отсутствие необходимого образования, бедность, дискриминация при приеме на работу, обесценивание сделанного человеком, предрассудки, вера в силу медицинского лечения, недостаток информации и др. При этом М. Оливер считает, что люди с особыми нуждами (социальными, физическими, интеллектуальными) должны быть равноправными с другими членами общества в доступе к ресурсам семьи, общества, государства.

В других исследованиях, проводимых в рамках социальной модели, говорится о существующих в обществе социальных установках, которые, прежде всего, отражаются в адрес детства и сказываются на детях [34]. Ниже в таблице отражены существующие в двух моделях установки в адрес детей.

Таблица

**Сравнение представлений, принятых в медицинской и социальной моделях (на примере детства)**

Медицинская модель	Социальная модель
Ребенок наделен недостатками	Ребенок представляет собой ценность
Диагнозы	Сильные стороны ребенка определяются им самим и другими
Приклеивание ярлыков	Определение барьеров и развитие взглядов
Нездоровье становится фокусом внимания	Разрабатываются программы развития
Оценка, мониторинг, программы терапии навязываются	Предлагаемые ресурсы становятся доступными для обычных служб
Сегрегация и альтернативные службы	Обучения родителей и профессионалов
Люди из числа помощников задействованы постоянно	Взаимоотношения поддерживаются
Возвращение если лечение проходит нормально или перманентное исключение	Различия принимаются, ребенок включается
Общество остается неизменным	Общество развивается

Сосуществование этих двух подходов особенно заметно в феноменологии и дискурсе сиротства. Так, по мнению М.С. Астоянц, в дискурсе сиротства можно выделить три типа: дискурс *социальной опасности, социального самооправдания и социальной интеграции*. В дискурсе *социальной опасности* сирота выступает как объект, которого общество исключает, он чаще всего воспринимается как угроза криминализации общества. Дискурс *социального самооправдания* предполагает поиск виноватых, с обвинением неблагополучных семей. Дискурс *социального партнерства* (интеграция общества в решении проблем детей-сирот) представляет ребенка как активную развивающуюся личность, а решение проблемы сиротства видится в интеграции всего общества, в сотрудничестве государства, общественных организаций, профессиональных объединений, СМИ [4]. Таким образом, в дискурсе сиротства одновременно существуют и очевидно вступают в противоречие два дискурса: социальной опасности и социального партнерства. Первый – из медицинской модели, второй – из социальной. Сиротство в рамках медицинской модели описывает окружающую среду ребенка-сироты «синдромами» и «симптомами» неблагополучия, что приводит к воспроизводству круга неблагополучия: неблагополучные дети, вырастая, становятся неблагополучными родителями, воспитывают неблагополучных детей, которые в свое время повторят своих родителей. Этот круг неблагополучия проявляется в формировании чрезмерной зависимости как черты личности, включающей в себя постоянную нужду в принятии другими, любви со стороны других; а также неблагополучное восприятие себя, своей роли в семье, социуме, неустойчивую самооценку. Интересно, что использование таких слов, как «помощь» и «социальная услуга» так же соотносимо с медицинской моделью. Это означает, что люди с особыми потребностями (физическими, социальными) нуждаются в помощи, сообщая об индивидуе как о проблеме, вместо того, чтобы центр проблемы переносить на барьеры, создаваемые окружением индивида, социумом или семьей. Именно термины «поддержка», «услуга», «сопровождение» часто используются специалистами социальной сферы, психологами, которые работают с людьми с особыми потребностями. Поэтому совсем не случайно, что говоря о социальной поддержке замещающих семей, обращается внимание на то, как воспринимается реципиентами эта поддержка. D. Ghate, N. Hazel ввели понятие «негативной поддержки». Оно подчеркивает тонкую границу между помощью и вмешательством, потерей контроля над собственной жизнью и детьми, что кажется родителям вероятными последствиями принятия помощи [3]. Оказание поддержки в таком понимании означает отношение к семье как заведомо имеющей дефицит

своих ресурсов, социально нездоровой и соответственно слабой, что вполне вписывается в медицинскую модель взаимодействия «пациент – больной».

В последнее время в социальных науках, психологии обозначился отход от существующей столетиями медицинской модели в пользу социальной, однако, это в малой степени коснулось феноменологии сиротства.

Отчасти это изменение можно наблюдать в медицинской литературе в связи с распространением термина «связанное со здоровьем качество жизни». Он подразумевает интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии, ставшей одной из ключевых понятий современной медицины [13]. Этот новый для медицинской модели подход перенял из социального подхода факт многомерности окружения человека, его включенности в социум, культуру, с влиянием на него многих факторов. Качество жизни рассматривается как многомерная структура, включающая в себя: восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, уровень независимости, взаимоотношения с другими людьми, убеждения, отношение к окружающей его среде. К сожалению, эта оценка качества жизни пока нацелена на взрослых, на этой выборке проводятся социально-медицинские исследования с выделением факторов риска, динамическое наблюдение за группами риска, экспертиза новых методов лечения и т.п. Отношение к детям и тем более к детям-сиротам по-прежнему базируется на медицинской модели: диагностика дефицитарности какой-то из сфер (физической, эмоциональной, личностной или социальной) и поиск тех внешних факторов, которые могут эту дефицитарность заместить, исправить. До настоящего времени в этом подходе нет исследований, посвященных детям в целом и детям-сиротам в частности, качество жизни которых также нуждается в многомерном взгляде на ребенка, его окружение, индивидуальные особенности, включенность в социум, использование им ресурсов общества.

**Психология здоровья – отход от медицинской модели и обращение к исследованиям жизнеспособности человека.**

В последние десятилетия как в нашей стране, так и за рубежом формируется новое научное направление – психология здоровья [1; 16; 24; 33], уходящее корнями в биопсихосоциальную модель Дж. Энджела, согласно которой совокупность биологических, психосоциальных (включая в себя мышление, эмоции, поведение) факторов играет основную роль в функционировании индивида в его болезни. Созданная им модель отражает динамический, интерактивный и в то же время дуалистический взгляд на человеческий опыт, в котором

есть место взаимовлиянию сознания и тела [26]. Введение биопсихосоциальной модели – это не столько смена парадигмы, обусловленной кризисом некоего научного метода или открытием нового закона, сколько осторожное расширение набора средств, более полное использование накопленных наукой знаний в интересах каждого индивида [21]. Эта модель, несмотря на ее происхождение из модели медицинской, делает акцент на здоровье, а все исследования в русле этой модели направлены на предупреждение болезни, на продвижение здорового образа жизни. Как научно-практическое направление, психология здоровья призвана расширять возможности восприятия адаптивного поведения человека в его жизненной среде. Психология здоровья, ориентируясь на гуманистическую направленность психологии, выбирает путь «от жизни к идеалу», изучая идеальное в реальном [18]. В последние годы ряд ученых придерживаются биопсихосоциальной модели, которая вносит существенные изменения как в оценку роли социального фактора в профилактике, генезе и развитии нарушений психического здоровья, так и в методологию врачебной психиатрической помощи [7; 14]. Применительно к детско-подростковой популяции это обуславливает необходимость исследования взаимосвязи между нарушениями психического развития и особенностями социализации детей. Не случайно несоответствие социального, психологического и психофизиологического статуса ребенка условиям и требованиям школьного обучения сопровождается школьной дезадаптацией [5].

Поскольку психология здоровья предусматривает практику поддержания здоровья человека, то, по мнению автора, исследования в области психологии здоровья человека не могут быть вне его экологии. Поэтому это направление пересекается по предмету исследования (здоровое функционирование индивида) и по объекту (индивид с его социальным окружением) с экологическим подходом в психологии развития У. Бронфенбреннера. Известно, что социокультурный (экологический) подход в исследовании детского развития Бронфенбреннера состоит в междисциплинарном объяснении процессов социализации человека. Экологическая модель, описывающая структуру окружения ребенка, предложенная им, выделяет в качестве основных сфер человеческого развития на всем его протяжении четыре следующих контекста: семейный, социальный, культурный и исторический. Он предполагал, что бытие человека во многом определяется системами, в которые он включен, и характером влияния этих систем друг на друга. Система по Бронфенбреннеру – это сообщество общающихся и влияющих друг на друга людей [23].

Во многих исследованиях с опорой на основные положения экологического подхода проводится изучение жизнеспособности («resilience») детей, подростков и семей. Психологами впервые это интегративное качество личности было выделено в исследовании Э. Вернер и ее сотрудников. В результате она определила жизнеспособность как баланс между факторами риска и защитными факторами [41]. Практически об этом же свидетельствуют исследования М. Блейера, наблюдавшего более чем 40 лет 184 детей с родителями-шизофрениками и описавшего их функционирование в разных условиях: семьи, общения со сверстниками, родными, в минуты радости и горя. Многие из этих детей имели почти все, что следует отнести к неблагоприятному типу влияния семьи и, прежде всего, неблагоприятный генетический фон из-за родителей-шизофреников, частично «нормальные» условия жизни в семье. Несмотря на все это большое число из этих детей оказались способными жить «нормальной» или «почти нормальной» жизнью и только чуть менее 10 % из этой выборки получили диагноз «шизофрения» в их взрослом состоянии [20]. Продемонстрированная жизнеспособность большинства из этих детей имеет значительный теоретический интерес, и должна служить обнадеживающим стимулом для исследователей. Наблюдения М. Блейера являются, пожалуй, одними из первых лонгитюдных исследований, показывающих взаимосвязь социальных и семейных рисков – с одной стороны, и жизнеспособности отдельных членов семьи – с другой. В своих исследованиях М. Блейер, будучи врачом-психиатром, отходит от медицинской модели дефицитарности и впервые обращает внимание на ресурсы семьи и индивидуальные ресурсы, способствующие адаптации человека в неблагоприятных условиях жизни. Он обращает внимание на семью, родных, общение со сверстниками как условие, помогающее ребенку устоять, развиваться и «отскочить», не разрывив себя. Это качество назовут сначала неуязвимостью ребенка, а позже – жизнеспособностью.

#### **Операционализация понятия «жизнеспособность человека».**

Современное состояние исследований жизнеспособности человека определяет также и ближайшие перспективы этого направления: необходимо направить усилия на операционализацию термина, что, как известно, представляет собой особую процедуру установления связей обсуждаемого концепта с методическим инструментарием, позволяющим уточнять содержание этого понятия. Операционализация понятия «жизнеспособность человека» для отечественной психологии – это не только уточнение содержания понятия и приведение эмпирических доказательств его существования, но также и последовательное наполнение его теорети-

ческим смыслом, особенно с учетом того, какое значение имеет этот феномен не только для психологии, но и для многих отраслей человекознания: социологии, философии, истории, экономики, экологии [11]. Поэтому не случайно операционализация этого понятия происходит также и в поле междисциплинарных исследований, в рамках которых находит свое место и психология.

Операционализация феномена жизнеспособности также зависит от условно выделяемых и исторически сложившихся этапов исследования жизнеспособности. Условно выделяют пять этапов.

1. Исследования Н. Гармези в 40–50-х гг. XX столетия по проекту «Компетентность» (Project Competence), в котором изучались взаимовлияние родительской компетентности, неблагоприятных условий жизни и жизнеспособность детей, родительских компетенций для прогноза функционирования родителей и развития у детей неуязвимости как свойства, даже в случаях с серьезными психическими заболеваниями родителей [28, 38]. Концептуализация понятия жизнеспособности происходила через понимание того, какие факторы являются защитными и формируют компетентность родителей, и в связи с этим – развитие детей.

2. На этом этапе исследовалась жизнеспособность индивидов в лонгитюдных экспериментах Э. Вернер и ее сотрудников на о. Кауи, Гавайские острова в 1950–1980 гг. [41]; в г. Крайстчерч, Новая Зеландия (Christchurch Health and Development Study, 1977–1990 гг.) «неуязвимых» детей [19; 27]. Концептуализация термина жизнеспособности определялась поиском признаков жизнеспособности в социальной среде, семье, индивидуальных особенностях человека, общественных институтах: морали, религии, государства.

3. Третья волна исследователей из Search Institute [32], Resiliency Canada [25] изучала ресурсы, связанные с жизнеспособностью и оказывающих влияние на детей. Фокус этих исследований сместился от поиска механизмов, которые предотвращают риск и изучения траектории развития ребенка, к тому, как наилучшим способом сформировать ценные качества личности, развивая детей и их окружение. Концептуализация понятия жизнеспособности происходила в русле поиска психологических ресурсов личности, социальных ресурсов общества, сопоставлении роли индивидуальных и социальных ресурсов.

4. Четвертая волна исследований демонстрирует необходимость понимания жизнеспособности как артефакта, как индивидуальной способности человека идти по своему пути к ресурсам своего психологического здоровья и здоровья социума в контексте культуры [22]. Жизнеспособность рассматривалась как признак здорового и социально приемлемого

функционирования человека [36]. В концептуализации жизнеспособности в этих исследованиях внимание обращается на такие важные для индивида понятия, как надежда, понимание себя, индивидуальный потенциал, ресурсы, поддерживающие отношения, включение в социум, смысл жизни.

5. В последнее время исследователи делают акцент на экологическом подходе в изучении жизнеспособности, разрабатывая, например, ее четырехаспектную экологическую модель [40]. Концептуализация термина «жизнеспособность» в исследованиях последних лет происходит преимущественно в русле социальной модели и теории экологических систем У. Бронфенбреннера, в которой акцент на философию экологического бытия позволяет расширить понимание этого феномена от узкого детерминированного факторами защиты и риска до системной характеристики человека.

И к этому подходу близко, по мнению автора, понимание системы по П.К. Анохину, согласно которому комплекс избирательно вовлеченных компонентов, взаимодействие и взаимоотношения принимают характер *взаимосодействия* компонентов на получение фокусированного полезного результата [2]. При этом в большинстве современных исследований отчетливо наблюдается отход от медицинской модели к социальной с фокусом на поиск факторов защиты, способствующих формированию жизнеспособности, в том числе и у незащищенных групп населения.

#### **Исследование жизнеспособности подростков-сирот.**

В русле четырехаспектной экологической модели проводятся и наши исследования групп социально незащищенных детей-сирот, школьников, обучающихся в школах для девиантных детей [9; 10]. В ряде наших работ обсуждены предпосылки возникновения исследований «жизнеспособности» человека, содержание и значение термина «жизнеспособность», а также проведено соотнесение понятий, связанных с жизнеспособностью, представлены перспективы исследований жизнеспособности человека [8; 9; 11].

По нашему мнению, социальная адаптация сирот в обществе – постоянная борьба за баланс между факторами риска и защитными факторами. Защитные факторы и факторы риска рассматриваются как процессы, а не как абсолютные величины, поскольку одно и то же событие или условие может выступать как в качестве защитного, так и в качестве фактора риска, в зависимости от общего контекста, в котором оно возникает [35]. Факторами риска для подростка-сироты является социальный опыт молодого человека, его личностные свойства (нестабильная самооценка, низкая самооценочность, внешний локус-контроля и др.), часто – сниженное физическое здоровье, нарушенные от-

ношения с кровной семьей. Защитными факторами, т.е. факторами жизнеспособности будут являться для него наличие «значимых других», позитивно влияющих на формирование социального опыта молодого человека, определенные личностные качества (стабильная самооценка, жизнестойкость, высокая самоэффективность, навыки совладания со стрессом и др.). И поэтому профессиональная работа по формированию жизнеспособности в этой группе должна быть направлена на усиление важнейших для них средовых факторов, обеспечивающих чувство безопасности и уверенности в завтрашнем дне. И что особенно важно – более точная оценка внутренних и внешних защитных факторов для подростка и формирование в нем тех, которые способствуют адекватному его поведению в тех или иных стрессовых ситуациях.

*Жизнеспособность* подростков-сирот была изучена в рамках международного проекта по исследованию жизнеспособности подростков и молодежи [30]. Участниками эксперимента стали подростки ( $n = 56$ ), воспитанники интернатных учреждений<sup>1</sup>. Средний возраст участников – 15,4 лет. Для исследования их жизнеспособности был использован тест CYRM (Child and Youth Resilience Measure – Тест оценки жизнеспособности детей и подростков). Полученные данные были обработаны методом факторного анализа (метод главных компонент, варимакс-вращение). Использовался исследовательский (эксплораторный) факторный анализ, позволяющий определить, сколько и какие именно психологические конструкторы (факторы) измеряются данным тестом. Для сокращения числа факторов применялся критерий Кайзера. Была создана факторная матрица, общий вес первых 4-х факторов составлял 55,2 % объясняемой дисперсии данных; для анализа были взяты четыре первых фактора, названные нами: «Взаимоотношение» – 17,85 % объясняемой дисперсии данных, «Субкультура» – 13,91 %, «Общество» – 12,72 %, «Личностные характеристики» – 10,64 % и наиболее содержательно отражающие структуру жизнеспособности исследуемой группы.

*Фактор «Взаимоотношения»* – наиболее важный фактор в факторной структуре жизнеспособности подростков. В него вошли вопросы теста, оценивающие взаимоотношения со «значимыми другими». Мы ранее пришли к выводу, что жизнеспособность детей-сирот во многом определяется приспособлением к влияниям взаимоотношений в их среде [10]. Согласно А.Н. Прихожан и Н.Н. Толстых дети-сироты делят мир на «своих» и «чужих», на «мы» и «они». От чужих дети-сироты обособляются, но и внутри своей группы подростки-

сироты тоже обособлены [15]. Такое положение вещей говорит о преобладании дискурсов социальной опасности и социального самооправдания, как для самих сирот, так и для общества в целом. По мнению автора, взаимоотношения как средовый фактор выходит у сирот на первое место, являясь средством отделения от других, но при этом – самым значимым фактором жизнеспособности. И поэтому, не имея тех навыков социального поведения, которые необходимы для успешной адаптации в обществе, сироты вынуждены ориентироваться на ближайшее свое окружение, т.е. сверстников, показывая образец поведения принятый в их среде. Социальное окружение за пределами группы сверстников не предлагает им иного способа взаимодействия с ним, и, будучи одной из самых стигматизированных групп российского общества, сироты не умеют выстраивать отношения социального партнерства позже вне интернатных учреждений. Это заметно на примере выпускников этих учреждений. По понятным причинам роль «значимых других» (соседи, случайные знакомые, одноклассники, учителя, воспитанники детского дома, покровители) в жизни выпускников детских домов заметно возрастает. Выпускники детских домов как бы «добирают» недостающие социальные и эмоциональные ресурсы через опору на покровителей, случайных людей, тех, кто их «пожалел», «продвинул» или оказал помощь [17]. То или иное окружение для выпускника может являться как фактором риска, так и защитным фактором в зависимости от того, кто и в какой мере из их окружения является для него «значимым другим». В подобных случаях он должен проявить заботу, опеку, отражающие его отношение к сироте с преобладанием в его словах и действиях дискурса социальной интеграции, что и будет проявлением жизнеспособности взаимоотношений «молодой человек – значимый другой». В группе значимых других важна роль сверстников, потому что чаще всего только с их помощью происходит социализация подростка-сироты и формирование правил независимой жизни в будущем, дает ему вектор социального развития через тот небольшой, и часто единственный, опыт социального взаимодействия, который окажет устойчивое влияние на развитие всей его личности в целом.

*Фактор «Субкультура»*. Среди наиболее значимых средовых влияний личности выделяют опыт человека, связанный с его принадлежностью к определенной культуре, или, как в нашем случае, субкультуры подростков-сирот. В качестве одной из причин возникновения девиантного поведения называют «закрытость, недоступность культурно-исторического опыта человечества или обеднения, оскудения окружающей культурной среды обитания и социальной ситуации развития [6]. Формирование

<sup>1</sup> Экспериментальные данные собраны А.И. Лактионовой.

субкультуры сирот имеет характер обособления и вместе с тем – соотнесения со средой вне учреждения. Для сирот это означает постоянную «сверку» собственных социальных и культурных ориентиров (при этом достаточно слабых и неустойчивых) с существующей в обществе системой ценностей и норм. Часто это проявляется в противопоставлении своей субкультуры чужой, но принятой в обществе.

**Фактор «Общество».** В организации жизни в интернатных учреждениях есть факторы, препятствующие их нормальному развитию и способствующие возникновению социальной депривации, «депривации учрежденческого типа». Социальная депривация формирует особые механизмы поведения подростков-сирот, которые выступают в противоречия с нормами, принятыми в обществе. По мнению В.Н. Мясищева, богатство отношений с окружающим миром – главное условие нормального развития личности [12]. Государство, подменяя собой семью, не может обеспечить условия для нормального развития детей-сирот. Наше исследование подтвердило, что подростки-сироты, чувствующие себя ненужными своей семье и друзьям, и понимающие, что их социальное происхождение влияет на отношение к ним сверстников, рассчитывают в первую очередь на государство, несущее за них ответственность. Результат – сироты не могут приспособиться к самостоятельной жизни.

**Фактор «Личностные характеристики».** Анализируя содержание фактора «Личностные характеристики» отмечаем, что чем больше подросток-сирота уверен в своем будущем, в возможности реализовать себя, тем меньше его страх алкогольной (наркотической) зависимости. Его уверенность в будущем положительно связана с уверенностью в своих силах. Закономерным также является место этого фактора в факторной структуре данных воспитанников интернатного учреждения. В отечественных исследованиях описывается особый тип личности, характерный для воспитанника детского дома. А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых указывают на недоразвитие внутренних механизмов активного, инициативного и свободного поведения, преобладание зависимого, реактивного поведения [15]. По нашему мнению, в интернатных учреждениях у ребенка формируются иные механизмы адаптации, помогающие ему приспособиться к жизни в учреждении и впоследствии – к самостоятельной жизни, но в этих механизмах менее всего задействовано его собственное Я, вследствие его слабости. По мнению А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, это является следствием не только нарушенных ранних эмоциональных связей с матерью или другими близкими взрослыми, но и того, что жизнь в детском учреждении не требует личности в той ее функции, которую она выполняет в нормальной человеческой жизни [15]. В

результате подростки-сироты не имеют тех навыков проявления личностной позиции, которая необходима для успешной адаптации в обществе.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. Взаимоотношения являются наиболее значимым ресурсом для подростков-сирот. Субъективно они выделяют этот фактор как основной ресурс даже в том случае, когда это не соответствует объективной реальности. Отсутствие этого данного фактора приводит к снижению социальной адаптивности.

2. Включенность подростков в собственную субкультуру есть условие формирования традиций и культуры в общем их понимании, но при влиянии на это «значимых других». В их возрасте субкультура является для подростков-сирот фактором, повышающим их жизнеспособность.

3. Личностные качества как ресурс жизнеспособности у подростков-сирот практически отсутствуют, но при наличии позитивного влияния «значимых других» могут приобретать большее значение.

4. Подростки-сироты рассчитывают в первую очередь на государство, несущее за них ответственность, что определяет низкую адаптацию сирот – выпускников детских домов, начинающих самостоятельную жизнь.

**Закключение.** В исследованиях последних лет отчетливо оформилась социальная модель как основа исследований жизнеспособности человека. Постепенный отход от дефицитарной медицинской модели к социальной определил приоритеты и фокусы исследований: стали изучаться благополучие, надежда, потенциал, ресурсы, смысл жизни человека, составляющие внутренние и внешние факторы жизнеспособности человека. Это изменение также отразилось в дискурсе социально незащищенной группы – подростки-сироты. Вместе с тем появление дискурса социального партнерства, восходящего корнями к социальной модели, не является доминирующим как в среде специалистов, так и в обществе. В понимании проблематики сиротства специалистами по-прежнему доминирует медицинская модель, не всегда для формирования жизнеспособности сироты понимается значимость внутренних и внешних факторов: роль среды в широком смысле, культуры, семьи и отношений со «значимыми другими». В этом случае на примере детей-сирот как социально незащищенной группы еще пока рано говорить об изменении дискурсов: от социальной опасности и социального самооправдания по направлению к социальному партнерству.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Ананьев В.А.* Введение в психологию здоровья: учеб. пособие / В.А. Ананьев. – СПб.: Изд-во БПА, 1998.
2. *Анохин П.К.* Философские аспекты теории функциональных систем: Избранные труды / П.К. Анохин. – М.: Наука, 1978. – 400 с.

3. Арчакова, Т.О. Экологический подход к работе с мешающими семьями в США и Европе / Т.О. Арчакова // Современная зарубежная психология. – 2012. – № 3. – С. 86–97.
4. Астоянц, М.С. Социальное сиротство: условия, механизмы и динамика эксклюзии (социокультурная интерпретация): автореф. дис. ... д-ра социол. наук / М.С. Астоянц. – Ростов-н/Д., 2007. – 44 с.
5. Вострокнутов, Н.В. Типология делинквентного поведения детей и подростков: социально-средовые, эмоционально-личностные и психопатологические факторы риска / Н.В. Вострокнутов // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков: материалы Рос. научн. практ. конф. – М., 1996. – С. 21–29.
6. Гиппенрейтер, Ю.Б. Введение в общую психологию / Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во МГУ, 1988.
7. Дмитриева, Т.Б. Охрана психического здоровья здоровых как стратегическая задача отечественной психиатрии / Т.Б. Дмитриева // Проблемы медицины и психиатрии. – 2003. – Т. 3. – С. 3–7.
8. Лактионова, А.И. Жизнеспособность и ее место в системе психологических понятий / А.И. Лактионова // Вестник МГОУ. – 2010. – № 3. – С. 11–15. – (Сер. «Психологические науки»).
9. Лактионова, А.И. Факторы жизнеспособности девиантных подростков / А.И. Лактионова, А.В. Махнач // Психологический журнал. – 2008. – Т. 29. – № 6. – С. 39–47.
10. Лактионова, А.И. Жизнеспособность подростков-сирот / А.И. Лактионова, А.В. Махнач // Проектная деятельность детей как ресурс развития жизнестойкости. – М.: БФ «Женщины и дети прежде всего». – 2009. – С. 6–32.
11. Махнач, А.В. Жизнеспособность как междисциплинарное понятие / А.В. Махнач // Психологический журнал. – 2012. – Т. 33. – № 6. – С. 84–98.
12. Мясичев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясичев. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1960.
13. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2002.
14. Положий, Б.С. Социокультуральные и клинические характеристики больных с пограничными расстройствами / Б.С. Положий, А.Д. Посвянская // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – Т. 3. – С. 61–65.
15. Прихожан, А.М. Психология сиротства / А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых. – СПб.: Питер, 2007.
16. Психология здоровья: учеб. для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006.
17. Радина, Н.К. «Значимые другие» в историях жизни выпускников интернатных сиротских учреждений / Н.К. Радина, Т.Н. Павлычева // Социальная психология и общество. – 2010. – № 1. – С. 124–135.
18. Романцов, М.Г. Креативность образования через психологию здоровья / М.Г. Романцов, С.Н. Коваленко // Успехи современного естествознания. – 2003. – № 9. – С. 75–77.
19. Anthony, E.J. Risk, vulnerability, and resilience: an overview / E.J. Anthony, V.J. Cohler (eds.) // The invulnerable child. – N.Y.: Guilford Press, 1987. – P. 3–48.
20. Bleuer, M. The schizophrenic disorders: Long term patient and family studies / M. Bleuer. – New Haven: Yale University Press, 1978.
21. Borrell-Garrió, F. The Biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry / F. Borrell-Garrió, A.L. Suchman, R.M. Epstein // Annals of Family Medicine. – 2004. – Vol. 2. – № 6. – P. 576–582.
22. Boyden, J. Children's risk, resilience, and coping in extreme situations / J. Boyden, G. Mann // Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts / M. Ungar (ed.). – Thousand Oaks, CA: Sage, 2005. – P. 3–26.
23. Bronfenbrenner, U. The ecology of human development / U. Bronfenbrenner. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
24. Cassileth, B.R. Psychosocial status in chronic illness. A comparative analysis of six diagnostic groups / B.R. Cassileth, E.J. Lusk, T.B. Strouse, D.S. Miller, L.L. Brown, P.A. Cross, A.N. Tenaglia // New England J. of Medicine. – 1984. – Vol. 311. – P. 506–511.
25. Donnon, T. A psychometric assessment of the self-reported youth resiliency: assessing developmental strengths questionnaire / T. Donnon, W. Hammond // Psychol. Rep. – 2007. – Vol. 100. – P. 963–978.
26. Engel, G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine / G. Engel // Science. – 1977. – № 196. – P. 129–136.
27. Fergusson, D.M. The Christchurch Child Development Study: A review of epidemiological findings / D.M. Fergusson, L.J. Horwood, F.T. Shannon, J.M. Lawton // Paediatric & Perinatal Epidemiol. – 1989. – Vol. 3. – P. 278–301.
28. Garmezy, N. Vulnerable and invulnerable children: theory, research and intervention / N. Garmezy // Catalog of Selected Doc. in Psychol. – 1976. – Vol. 6. – № 4. – P. 1–23.
29. Goffman, E. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates / E. Goffman. – New York, Doubleday, 1961.
30. International Project on Resilience [Electronic resource] // URL: <http://www.resilienceproject.org>.
31. Laing, R.D. The politics of the family and other essays / R.D. Laing. – London: Tavistock Publications, 1971.
32. Lerner, R.M. Developmental assets and asset-building communities: implications for research, policy, and practice / R.M. Lerner, P.L. Benson. – NY: Kluwer Academic / Plenum Publishers, 2003.
33. Marks, D.F. Health psychology. Theory, research and practice / D.F. Marks, M. Murray, B. Evans, C. Willig, C. Woodall, C. Sykes. – L.: SAGE Publ, 2005.
34. Mason, M. From father's property to children's rights / M. Mason. – N.Y.: Columbia University Press, 1994.
35. Millstein, S.G. Adolescent health promotion: rationale, goals, and objectives / S.G. Millstein, A.C. Petersen, E.O. Nightingale (eds.) // Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century. – N.Y.: Oxford University Press, 1993. – P. 3–10.
36. Minkler, M. Community-based participatory research for health / M. Minkler, N. Wallerstein (eds.). – San Francisco, CA: Jossey-Bass Publ, 2003.
37. Oliver, M. Understanding disability, from theory to practice / M. Oliver. – London: Macmillan, 1996.
38. Rutter, M. Resilience in the face of adversity / M. Rutter // Br. J. of Psychiatry. – 1985. – Vol. 147. – P. 598–611.
39. Seligman, M.E.P. Foreword: The Past and Future of Positive Psychology / M.E.P. Seligman // Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived / C.L.M. Keyes, J. Haidt (eds.). – Washington, DC: Am. Psychol. Association, 2003. – P. XI–XX.
40. Ungar, M. Assessing resilience across cultures using mixed methods: construction of the Child and Youth Resilience Measure / M. Ungar, L. Liebenberg // J. of Mixed Methods Res. – 2011. – Vol. 5 (2). – P. 126–149.
41. Werner, E.E. Risk, resilience, and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study / E.E. Werner // Development and Psychopathology. – 1993. – Vol. 5. – P. 503–515.