

*А. В. Махнач*

### **Модель позитивной социализации человека через призму его жизнеспособности**

В психологии, как и в других социальных науках, существуют два подхода, которые в общем виде сопоставимы с двумя моделями: медицинской и социальной (моделью здоровья). Однако еще некоторое время назад понимание психического заболевания как болезни преобладало, что привело к развитию медицинской модели в лечении и к развитию научных исследований в области лечения психических расстройств. При этом психология нормального, здорового функционирования человеческого поведения и условий, способствующих благополучию человека, чаще всего игнорировалась [22]. «Медицинская модель» – это термин, предложенный Р. Лэнгом как зонтичное понятие для определения набора процедур, которым в большинстве программ обучаются врачи, медицинские психологи, психотерапевты [18]. Этот набор 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) [16], рассматривая эту модель как механистичную. Медицинская модель представляет собой подход к индивиду и его болезни (физическому страданию, психической болезни, социальному неблагополучию), доминирующий в медицине, психотерапии, целью которого является выяв-

ление симптомов и синдромов и лечение тела (индивида, общества) как очень сложного механизма. Теоретические модели некоторых научных направлений полностью базируются на постулатах медицинской модели: психодинамические теории, психогенетические теории, биохимические теории, теории стресса, теория когнитивного развития 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 основой не только медицинских процедур в адрес больного, но и моделью мира, оказывающей значительное влияние на теоретиков в медицинских науках, психологии, философии, специалистов большинства отраслей знания, связанных с человеком. Посредством литературы, СМИ, фильмов, искусства, доминирующей в обществе идеологии эта модель нездоровья усиливает и интернализует негативное самовосприятие индивида, не способствует его развитию.

Например, в феноменологии сиротства восприятие мира в рамках этой модели позволяет описывать окружающую среду ребенка-сироты «синдромами» и «симптомами» неблагополучия, что приводит к воспроизводству круга неблагополучия: неблагополучные дети, не имеющие опыта выстраивания субъект-субъектных отношений, вырастая, становятся неблагополучными родителями, воспитывают неблагополучных детей, которые в свое время повторяют своих родителей. Этот круг неблагополучия проявляется в неустойчивой самооценке, зависимости как черты личности, включающей в себя постоянную нужду в принятии другими, любви со стороны других, а также негативное восприятие себя, своей роли в семье, социуме.

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* [12] и *модель выздоровления*. В последней – модели выздоровления – используются такие важные для индивида понятия как надежда, индивидуальный потенциал, выздоровление. Выздоровление рассматривается как процесс, который усиливается надеждой, пониманием себя, под-

держивающими взаимоотношениями, включением в социум, развитием совладающих механизмов, самостоятельностью, появлением смысла жизни, жизнеспособностью человека. В связи с этим, например, деинституционализация является очень важным событием: для человека – в случае его серьезной болезни или для ребенка-сироты. Смысл деинституционализации и позитивной социализации заключается в возврате в общество, к правилам жизни малой группы, нормального социального окружения. Хотя модель выздоровления и вышла также из психиатрических клиник, групп алкоголиков (программа «Анонимные алкоголики»), для детей-сирот многие из понятий этой модели являются ключевыми, определяющими их «выздоровление» от «болезни», которую они получили от семьи, общества, имеющей уже привычное название «сиротство».

Базовым концептом социальной модели (модели здоровья, позитивной социализации), появившейся как ответ на сегрегацию людей с особыми нуждами, является понятие равенства всех: людей с особыми нуждами и обычных людей. Борьбу за равенство часто сравнивают с борьбой за равенство маргинальных групп, потому как равенство не дается по рождению – его надо завоевать. Равные права усиливают возможность принятия человеком, находящимся в субъект-субъектных отношениях с близким окружением, самостоятельных решений и возможность жить в полноте жизни, что сопоставимо с определением жизнеспособности: «жить хорошо, любить хорошо, работать хорошо» [14]. Социальная активность человека, отраженная в старом лозунге «Ничего о нас без нас», приводит к изменениям в обществе, проявляясь в установках в адрес тех или иных социальных групп, доступности информации в тех видах и формах, которая без барьеров воспринимается людьми со специальными потребностями, в формировании установок, свободных от предрассудков и, в конечном итоге – в позитивной социализации.

Сосуществование этих двух подходов заметно в феноменологии и дискурсе сиротства. На основе дискурсного анализа было выявлено, что сейчас дети-сироты рассматриваются как объекты социальных взаимодействий, которые являются также и объектами современной культуры, социальной общности, свойственными конкретному историческому периоду развития общества. Так, по мнению М. С. Астоянц, в современном дискурсе сиротства можно выделить 3 его типа: дискурс *социаль-*

ной 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) признает существование проблемы семейного неблагополучия, «ребенок предстает как активная развивающаяся личность, а решение проблемы социального сиротства видится в интеграции всего общества, в сотрудничестве государственных структур, общественных организаций, профессиональных объединений, СМИ» [2]. И общество и ребенок-сирота выступают в этом случае как субъекты взаимодействия. В исследовании показано, что в поле дискурса сиротства одновременно существуют и очевидно вступают в противоречие два дискурса: социальной опасности и социального партнерства. Первый – родом из медицинской модели, согласно которой объект приложения усилий – сирота; второй – из модели позитивной социализации, и взаимоотношения в рамках этой модели уже во многом субъектны.

В последнее время в ряде социальных наук и в психологии обозначился отход от существующей столетиями медицинской модели в пользу модели позитивной социализации, однако это в малой степени коснулось феноменологии сиротства. Интересно, что использование таких слов как «помощь» и «социальная услуга» соотносимо с медицинской моделью и предполагает только субъект-объектные взаимоотношения. Это означает, что люди с особыми потребностями (физическими, социальными) нуждаются в поддержке, что говорит об индивиде как о проблеме вместо того, чтобы центр проблемы переносить на барьеры, создаваемые окружением индивида, социумом или семьей. Именно эти термины «поддержка», «услуга», «сопровождение» крайне часто используются специалистами социальной сферы, психологами, которые работают с людьми с особыми потребностями. В разговоре, например, о социальной поддержке замещающих семей важно ее восприятие реципиентами этой поддержки. D. Ghate, N. Hazel ввели понятие «негативной поддержки», указывающее на тонкую границу между помощью и вмешательством, потерей контроля над собственной жизнью и детьми, что кажется родителям вероятными последствиями принятия помощи (цит. по: [1]).

Поэтому не случайны многочисленные наблюдения специалистов, касающиеся взаимодействия служб сопровождения и замещающих родителей. Последние не желают находиться в качестве объекта вмешательства, а оказание им поддержки в таком понимании означает отношение к семье как имеющей дефицит своих ресурсов, социально нездоровой и, соответственно, слабой, что вполне вписывается в медицинскую модель взаимодействия «пациент – больной».

М. Оливер, один из авторов социальной модели, считает, что ее наличие напрямую связано с доминирующей идеологией в обществе. По его представлению, если определенные структуры в обществе являются проблемными, то именно они и требуют внимания со стороны общества и изменение этих структур уже в рамках модели здоровья [21]. К дефицитарным признакам, оценивающим взаимодействие индивида с любой из действующих структур общества, он относит отсутствие необходимого образования, бедность, дискриминацию при приеме на работу, обесценивание сделанного человеком, предрассудки, веру в силу только медицинского лечения, недостаток информации и др. При этом он считает, что люди с особыми социальными, физическими или интеллектуальными нуждами должны обладать равными правами с другими членами общества в доступе к ресурсам общества и государства. В исследовании, проводимом в рамках социальной модели здоровья, говорится о существующих в обществе социальных установках, которые, прежде всего, отражаются на детском возрасте и сказываются на детях [20]. Развитие ребенка связывается со степенью принятия в обществе его сильных и слабых сторон – от этого зависит его будущее, судьба. Ниже в таблице отражены установки, существующие в двух моделях в адрес детей.

Таблица сравнения представлений, принятых в медицинской и социальной моделях – на примере детства (цит. по: [20])

<b>Медицинская модель</b>	<b>Социальная модель</b>
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

<b>Медицинская модель</b>	<b>Социальная модель</b>
Оценка, мониторинг, программы терапии навязываются	Предлагаемые ресурсы становятся доступными для обычных служб
Сегрегация и альтернативные службы	Обучение 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

В последние десятилетия XX века в рамках бурно развивающейся отрасли психологии – психологии здоровья, наметился отход от медицинской модели и обращение к исследованиям ресурсов, благополучия и жизнеспособности; обосновывается существование модели позитивной социализации человека. Психология здоровья, уходящая корнями в биопсихосоциальную модель Дж. Энджела [12], стремится доказать, что биологические, психосоциальные (включая мышление, эмоции и поведение) и социальные факторы все вместе играют значимую роль в функционировании индивида в его болезни или нарушении. Сформулированная Дж. Энджелом биопсихосоциальная модель отражает динамический, интерактивный и в то же время дуалистический взгляд на человеческий опыт, в котором есть место взаимовлиянию сознания и тела, социального окружения и биологического в человеке. Введение биопсихосоциальной модели – это не столько смена парадигм, обусловленная кризисом некоего научного метода или открытием нового закона, сколько осторожное расширение набора средств, более полное использование накопленных наукой знаний в интересах каждого индивида [8]. Эта модель, несмотря на ее происхождение из модели медицинской, делает акцент на здоровье человека. Исследования в русле этой модели направлены на предупреждение болезни, на продвижение здорового образа жизни, снижение риска заболевания – все это получило развитие в том числе и в психологии здоровья.

Как научно-практическое направление психология здоровья призвана расширять возможности восприятия человеком более широкого контекста своего существования в его жизненной среде. Применительно к детско-подростковой популяции такой подход обуславливает необходимость исследования взаимосвязи между возможными нарушениями возрастного развития и возможностями позитивной социализа-

ции ребенка посредством использования присущих ему и его окружению ресурсов, потенциала, факторов жизнеспособности. Ребенок при этом выступает субъектом изменений. Поскольку психология здоровья предусматривает поддержание здоровья человека, то, по нашему мнению, исследования в области психологии здоровья человека не могут проходить вне его экологии. Поэтому это направление пересекается по предмету исследования (здоровье, здоровое функционирование индивида) и по объекту (индивид с его социальным окружением) с экологическим подходом в психологии развития У. Бронфенбреннера [10]. Социокультурный (экологический) подход в исследовании детского развития состоит в междисциплинарном объяснении процессов социализации человека. Экологическая модель, описывающая структуру окружения ребенка, предложенная У. Бронфенбреннером, выделяет в качестве основных сфер человеческого развития на всем его протяжении четыре следующих контекста: семейный, социальный, культурный и исторический. По Бронфенбреннеру, экологическая среда развития ребенка состоит из четырех вложенных одна в другую систем; при этом система – это сообщество общающихся и влияющих друг на друга людей. По отношению к ребенку существуют системы, в которые сам ребенок не входит, но которые оказывают на него косвенное влияние. Эти системы являются непременным условием его экологии и позитивной социализации. В социологии экологический подход близок к «драматургическому подходу» во взаимоотношениях человека Э. Гофмана. По Гофману, общество не гомогенно, мы взаимодействуем друг с другом по-разному в разных контекстах. И каждый раз, оценивая контекст, индивид должен понимать, что это не контекст общества в целом, а только конкретный контекст взаимодействия, и существует очень широкий контекст, лежащий за пределами символической интеракции человека с человеком [16]. В рамках модели позитивной социализации этот контекст наполнен драматургией позитивных интеракций.

С опорой на основные положения экологического подхода в последние десятилетия проводятся исследования жизнеспособности («resilience») детей, подростков и семей. Психологами это интегративное качество человека было выделено в лонгитюдном исследовании Э. Вернер с сотр., исследовавших на протяжении сорока лет 697 жителей о. Кауи (Гавайские острова) и определивших жизнеспособность как баланс между факторами риска и защитными фак-

торами [24]. У большинства испытуемых Э. Вернер существовала типичная для условий, в которых они проживали, возможность стать алкоголиком, остаться без образования, вырастить детей вне брака и т. п., но многие выбрали путь изменения судьбы и выросли жизнеспособными людьми, став для себя и общества субъектом изменений. Практически об этом же феномене свидетельствуют исследования М. Блейера, наблюдавшего в течение более чем 40 лет 184 ребенка с родителями-шизофрениками и описавшего их функционирование в разных условиях: семьи, общения со сверстниками, родными, в минуты радости и горя. Многие из этих детей получили, с теоретической точки зрения, почти все, что следует отнести к неблагоприятному типу влияния семьи, о котором можно было бы предположить. Эти дети имели неблагоприятный генетический фон из-за родителей-шизофреников, но даже он был не единственным неблагоприятным фактором, с которым они должны были бороться взрослея. У большинства детей было то, что можно считать частично «нормальными» условиями жизни в семье, но некоторые из них жили действительно в крайне неблагоприятном окружении. Несмотря на трудные условия окружающей среды, неблагоприятный генетический фон, на удивление большое число из этих детей показали способность жить «нормальной» или «почти нормальной» жизнью. Только чуть менее 10 % наблюдаемых из этой выборки был поставлен диагноз «шизофрения» в их взрослом состоянии. Продемонстрированная жизнеспособность большинства из этих детей имеет несомненный теоретический интерес и должна служить достаточно обнадеживающим стимулом как для исследователей, так и для обывателей [7]. Наблюдения М. Блейера являются, пожалуй, одними из первых лонгитюдов, 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, делает не свойственный тому времени и профессиональному сообществу акцент на ресурсах семьи и индивидуальных ресурсах (не называя их так), дающих возможность человеку изменить свою жизнь, несмотря на неблагоприятные условия в ней. Он предлагает своим пациентам не следовать предписанному сценарию – стать больными, такими же, как их родители, а парадоксаль-

но – искать ресурсы в семье, общении со сверстниками, родными, т. е. стать активным субъектом изменений своей жизни. Эти ресурсы он рассматривает как условие, помогающее ребенку устоять, развиваться и «отскочить», не разрушив себя. Позже это качество назовут сначала неуязвимостью ребенка, а потом – жизнеспособностью. Интересно, что только через несколько десятилетий появится одно из современных направлений исследования жизнеспособности, базирующееся на теории компетентности в отношениях [17]. В этом подходе жизнеспособность рассматривается как компетентность в отношениях (на эмоциональном, когнитивном и социальном уровнях), которая меняется в зависимости от культурального контекста, гендера и изменений, происходящих на протяжении жизненных циклов человека [15].

Выделение и описание феномена жизнеспособности человека связано с условно выделяемыми и исторически сложившимися этапами исследования этого феномена. Но на каждом этапе жизнеспособность человека рассматривается в рамках модели позитивной (экологической) социализации. Большинство исследователей особое внимание обращает на развитие социальные отношения, включенность человека в семейные, дружеские отношения, определяющие его жизнеспособность. В изучении жизнеспособности человека условно выделяют пять этапов.

На первом этапе в 50-х годах Н. Гармези в проекте «Компетентность» (Project Competence) исследовал взаимовлияние родительской компетентности, неблагоприятных условий жизни и жизнеспособности детей, подтвердил значимость родительских компетенций для прогноза функционирования родителей и развития у детей неуязвимости как свойства, даже в случаях с серьезными психическими заболеваниями родителей [14]. Первая волна исследований была направлена на изучение защитных механизмов, которые предсказывают жизнеспособность, с попыткой понять, что смягчает влияние факторов риска на детей [там же]. Концептуализация понятия жизнеспособности на этом этапе наполнялась пониманием, какие факторы являются защитными и формируют компетентность родителей и, в связи с этим, развитие детей. Круг «значимых других» на этом этапе исследований во многом ограничивался семьей ребенка; последний рассматривался как объект воздействия.

На последующих этапах жизнеспособность изучали в лонгитюдных исследованиях Э. Вернер с сотр. на о. Кауи (Гавайские остро-

ва, 1950–1980 гг.) [24]; в г. Крайстчерч, Новая Зеландия (Christchurch Health and Development Study, 1977–1990 гг.); «неуязвимых» детей [13] и др. Третья волна исследователей из Search Institute [19], Resiliency Canada [11] изучала ресурсы детей, связанные с их жизнеспособностью. Фокус этих исследований сместился от поиска механизмов, которые предотвращают риск, от изучения траектории развития ребенка к наилучшему способу создания ценных качеств личности, развивая детей и их окружение. Четвертая волна исследований продемонстрировала необходимость понимания жизнеспособности как артефакта, как индивидуальной способности идти по своему пути к ресурсам психологического здоровья человека и здоровья социума в контексте культуры [9 и др.]. Жизнеспособность рассматривается как признак здорового и социально приемлемого функционирования человека. На этом этапе появляются наиболее отчетливо попытки описания модели позитивной социализации детей, членов семьи. В связи с этим в исследованиях жизнеспособности человека и семьи внимание ученых обращается, прежде всего, на такие важные понятия как надежда, смысл жизни, индивидуальный потенциал, ресурсы, понимание себя, поддерживающие отношения, включение в социум. Концептуализация понятия жизнеспособности происходит в русле поиска психологических ресурсов личности, семьи, социальных ресурсов общества, сопоставления роли индивидуальных, семейных и социальных ресурсов. Жизнеспособность определялась поиском признаков таковой в социальной среде, семье, общественных и надобщественных институтов: морали, религии, государства. На этих этапах повышение роли «значимого другого» в жизнеспособности ребенка (в основном исследования проводятся на детской, подростковой популяциях) становится очевидным. Жизнеспособность ребенка во многом определяется тем, какие отношения он выстраивает, в какие взаимоотношения включается, кем становится в этих отношениях: субъектом или объектом, соответственно вступая в субъект-объектные или субъект-субъектные отношения. В этом мы соглашаемся с М. Ю. Кондратьевым: «Речь идет не об анализе на интраиндивидуальном уровне каких-то индивидуально-психологических характеристик, якобы обеспечивающих субъективную значимость одного человека для другого, а о метаиндивидуальной репрезентации личности «значимого другого» [3].

В последнее время исследователи делают акцент на экологическом подходе в изучении жизнеспособности: разрабатывается, например, ее четырехаспектная экологическая модель [23] на отдельной возрастной группе (старшие подростки и молодые люди), роль каждого элемента этой модели субъектна: личности, близких людей, сверстников, общества, культуры, государства. Эта модель жизнеспособности включает в себя следующие области: черты личности и индивидуальные характеристики, отношения с близкими, влияние общества и государства, включенность в культуру, культурную традицию. Каждая из этих областей, по мнению исследователей, в большой степени характеризует жизнеспособность ребенка, которую можно описать признаками его позитивной социализации.

В рамках международного проекта по исследованию жизнеспособности подростков и молодежи нами был изучен феномен жизнеспособности подростков-сирот. Участниками эксперимента стали подростки ( $n=56$ ), воспитанники государственных сиротских учреждений<sup>1</sup>. Средний возраст участников – 15.4 года. Для исследования жизнеспособности подростков был использован тест CYRM (Child and Youth Resilience Measure – тест оценки жизнеспособности детей и подростков). Была создана факторная матрица (метод главных компонент, варимакс-вращение); четыре первых фактора были названы нами: «взаимоотношения» – 17.85 % объясняемой дисперсии данных, «субкультура» – 13.91 %, «общество» – 12.72 %, «личностные характеристики» – 10.64 % и наиболее содержательно отражающие структуру жизнеспособности исследуемой группы. Остановимся только на первом факторе, названном «взаимоотношения», как наиболее важном в факторной структуре жизнеспособности подростков-сирот. В него вошли вопросы теста, оценивающие взаимоотношения со «значимыми другими». Мы ранее пришли к выводу, что жизнеспособность детей-сирот во многом определяется приспособлением к доступным и возможным взаимоотношениям для них в их среде [4]. Согласно А. М. Прихожан и Н. Н. Толстых для сирот характерно особое психологическое образование – детдомовское «мы», дети-сироты делят мир на «своих» и «чужих», на «мы» и «они». От чужих дети-сироты обособляются, ведут себя с ними агрессивно, внутри своей группы подростки-сироты тоже обосо-

<sup>1</sup> Данные собраны А. И. Лактионовой.

бленны, они могут также проявлять жестокость в обращении со своими сверстниками или детьми младшего возраста [5]. Такое положение вещей говорит о преобладании дискурса социальной опасности как для детей-сирот, так и для общества в целом. Именно поэтому, по нашему мнению, взаимоотношения выходят у сирот на первое место, являясь наиболее важным ресурсом жизнеспособности. Жизнь в детском учреждении не требует личности в той ее функции, которую она выполняет в нормальной человеческой жизни [там же]. И поэтому не имея навыков социального поведения, необходимых для успешной адаптации в обществе и формирования социального поведения здоровой личности, сироты вынуждены ориентироваться на ближайшее свое окружение, т. е. сверстников, воспроизводя образец поведения, принятый в их среде. В модели позитивной социализации взаимоотношения со сверстниками для детей-сирот являются ключевой характеристикой развития их социальных навыков. 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 на всех этапах их жизнедеятельности вне интернатных учреждений. Особенно это заметно на примере их выпускников. 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 [6]. Такое окружение для выпускника может являться фактором риска или защитным фактором в зависимости от того, кто и в какой мере из них является для него «значимым другим», т. е. проявлением одного из защитных средовых факторов жизнеспособности – взаимоотношений. В модели позитивной социализации ребенок-сирота по крайней мере должен иметь опыт выстраивания таких отношений, и еще лучше – если он показывает умение воспроизводить эти отношения вне рамок учреждения, в иных, помимо интернатных, условиях жизнедеятельности. Во всех случаях «значимый другой» должен проявить заботу, опеку, отражающие его отношение к сироте, с преобладани-

ем в его словах и действиях дискурса социальной интеграции, что и будет проявлением жизнеспособности взаимоотношений «подросток – значимый другой». Отношения ребенка с ним показывают признаки возможного воспроизводства в иных социальных отношениях – со сверстниками, старшими людьми. Важна также роль сверстников еще и потому, что чаще всего только с их помощью происходит социализация подростка-сироты, а также 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. Субъективно взаимоотношения являются наиболее значимым ресурсом для подростков-сирот, они выделяют их даже в том случае, когда это не соответствует объективной реальности. Взаимоотношения в рамках модели позитивной социализации являются непременным условием этой социализации. Отсутствие этого ресурса приводит к снижению социальной адаптивности подростка и снижению его жизнеспособности.

### **Заключение**

Существующие теории развития (психогенетические теории, биохимические теории, теории стресса и др.) базируются на медицинской модели, в которой представлено преимущественно субъект-объектное взаимодействие. Отказ от этой модели в пользу социальной приводит к формированию в основном субъект-субъектных взаимодействий между людьми. Такая структура взаимодействия закономерно привела к разработке понятия «жизнеспособность», для которого социальные отношения, семья, близкое окружение являются факторами, способствующими развитию жизнеспособности человека. Они становятся основой жизнеспособности в случаях, когда выступают субъектами изменений для человека. Изучение жизнеспособности, по нашему мнению, наиболее полно происходит в русле теории экологических систем У. Бронфенбреннера. Постепенный отход от дефицитарной медицинской модели к социальной определил приоритеты и фокусы исследований: стали изучаться благополучие, надежда, потенциал, ресурсы, смысл жизни, составляющие внутренние и внешние факторы жизнеспособности человека – основу позитивной социализации.

Это изменение также отразилось и на социально неадаптивной группе – подростках-сиротах. Вместе с тем, появление дискурса со-

циального партнерства, восходящего корнями к социальной модели, не является доминирующим как в среде специалистов, так и в обществе. В понимании проблематики сиротства в среде специалистов по-прежнему преобладает медицинская модель. Для формирования жизнеспособности сироты не всегда ими понимается значимость внутренних и внешних факторов: роль среды в широком смысле, культуры, семьи и взаимоотношений со «значимыми другими». В этом случае на примере сирот как социально неадаптивной группе еще пока рано говорить об изменении дискурсов: от социальной опасности и социального самооправдания по направлению к социальному партнерству, что ведет к неправильному пониманию роли «значимых других» в формировании жизнеспособности сирот.

В рамках позитивной модели социализации детей-сирот сочетание внутренних и внешних факторов: среды в самом широком смысле, культуры, взаимоотношения со «значимыми другими», делают каждого ребенка-сироту жизнеспособнее. В модели позитивной социализации взаимоотношения со сверстниками для детей-сирот являются ключевой характеристикой социализации со знаком «плюс».

#### *Литература*

1. Арчакова Т. О. Экологический подход к работе с замещающими семьями в США и Европе // Современная зарубежная психология. 2012. № 3. С. 86–97.
2. Астоянц М. С. Социальное сиротство: условия, механизмы и динамика эксклюзии (социокультурная интерпретация). Автореф. дисс. ... д-ра социол. наук. Ростов-н/Д, 2007.
3. Кондратьев М. Ю. «Значимый другой»: слагаемые межличностной значимости // Социальная психология и общество. 2011. № 2. С. 17–28.
4. Лактионова А. И., Махнач А. В. Жизнеспособность подростков-сирот // Проектная деятельность детей как ресурс развития жизнестойкости. М.: Благотворительный фонд «Женщины и дети прежде всего». 2009. С. 6–32.
5. Прихожан А. М., Толстых Н. Н. Психология сиротства. СПб.: Питер, 2007.
6. Радина Н. К., Павлычева Т. Н. «Значимые другие» в историях жизни выпускников интернатных сиротских учреждений // Социальная психология и общество. 2010. № 1. С. 124–135.
7. Bleuer M. The schizophrenic disorders: Long term patient and family studies. New Haven: Yale University Press, 1978.
8. Borrell-Garrió F., Suchman A. L., Epstein R. M. The Biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry // Annals of Family Medicine. 2004. Vol. 2. № 6. P. 576–582.
9. Boyden J., Mann G. Children's risk, resilience, and coping in extreme situations / M. Ungar (Ed.) Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts. Thousand Oaks, CA: Sage, 2005. P. 3–26.

10. *Bronfenbrenner U.* The ecology of human development. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
11. *Donnon T., Hammond W.* A psychometric assessment of the self-reported youth resiliency: assessing developmental strengths questionnaire // Psychological Reports. 2007. Vol. 100. P. 963–978.
12. *Engel G.* The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. 1977. № 196. P. 129–136.
13. *Fergusson D. M., Horwood L. J., Shannon F. T., Lawton J. M.* The Christchurch Child Development Study: A review of epidemiological findings // Paediatric & Perinatal Epidemiology. 1989. Vol. 3. P. 278–301.
14. *Garnezy N.* Vulnerable and invulnerable children: theory, research and intervention // Catalog of Selected Documents in Psychology. 1976. Vol. 6. № 4. P. 1–23.
15. *Gianesini G.* Resilience as a relational construct: Theoretical and empirical evidences // University of Padua. Padua. 2011. URL.: [http://paduaresearch.cab.unipd.it/4432/2/PH\\_thesis\\_2012\\_\(in\\_stampa\\_24-01-2012\).pdf](http://paduaresearch.cab.unipd.it/4432/2/PH_thesis_2012_(in_stampa_24-01-2012).pdf)
16. *Goffman E.* Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. New York: Doubleday, 1961.
17. *L'Abate L.* A theory of personality development. NY: Wiley, 1994.
18. *Laing R. D.* The politics of the family and other essays. L.: Tavistock Publ., 1971.
19. *Lerner R. M., Benson P. L.* Development alassets and asset-building communities: implications for research, policy, and practice. NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003.
20. *Mason M.* From father's property to children's rights. N.Y.: Columbia University Press, 1994.
21. *Oliver M.* Understanding disability, from theory to practice. L.: Macmillan, 1996.
22. *Seligman M. E.P.* Foreword: the past and future of positive psychology // Flourishing: positive psychology and the life well-lived / C.L.M. Keyes, J. Haidt (Eds.) Washington, DC: American Psychological Association, 2003. P. XI–XX.
23. *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 / M. Ungar (Ed.). Thousand Oaks: Sage, 2005. P. 211–226.
24. *Werner E. E.* Risk, resilience, and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study // Development and Psychopathology. 1993. Vol. 5. P. 503–515.