



УДК 364-787.9

© И. В. Калашикова, А. А. Тринацатко, 2017

ЭВОЛЮЦИЯ СОЦИАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ

Калашикова И. В. - д-р экон. наук, зафкафедрой производственного менеджмента, e-mail: kiv1359@mail.ru; *Тринацатко А. А.* - ст. преподаватель кафедры производственного менеджмента, e-mail: anton13-176@rambler.ru (ТОГУ)

В статье представлен обзор моделей инвалидности, отражающий трансформацию взглядов на понимание феномена инвалидности. Выделяются и описываются характерные особенности моделей инвалидности, основанные на теориях эксклюзии и инклюзии. Особое внимание уделено типологии моделей инвалидности, отражающей трансформацию взглядов от эксклюзии и сегрегации инвалидов к интеграции и инклюзии. В результате проведенного исследования установлено, что среди моделей инвалидности медицинского подхода, традиционно считающихся эксклюзивными и дискриминационными, есть модели, которые можно отнести к интеграционным, предусматривающим адаптацию и социализацию инвалидов. С другой стороны, не все модели социального подхода являются инклюзивными. Например, социально-психологическая модель подразумевает интеграцию в социум лишь тех инвалидов, которые относятся к дискриминируемому стигматипу. В заключении делается вывод о том, что модели инвалидности, основанные на инклюзии, наиболее успешно в России реализуются в образовательной, культурно-спортивной, политической и социально-защитной сферах, особенно в тех случаях. По мнению экспертов, необходима концентрация усилий по продвижению идей инклюзии инвалидов в социально-трудовой сфере.

Ключевые слова: ограниченные возможности здоровья, модели инвалидности, дискриминация, эксклюзия, сегрегация, интеграция, инклюзия, доступная среда, равные права.

Инвалидность как социальное явление свойственно развитию общества на протяжении всей его истории, а потому в каждый конкретный период времени доминировали соответствующие концептуальные подходы и модели, описывающие этот феномен. Сегодня наиболее известны 12 моделей инвалидности, достаточно условно разделяемых на две парадигмы инвалидности: «старую» (традиционную, медицинскую) и «новую» (посттрадиционную, социальную) [1]. К традиционной парадигме, известной также под названием «медицинский подход», относятся моральная (религиозная), классическая медицинская, экономическая, реабилитационная модели и модель функциональной ограниченности. Названные подходы отражают эволюцию понятия инвалидности и результата

взаимодействий, которые происходят между индивидами, имеющими нарушения здоровья, и барьерами среды, что препятствует эффективному участию в жизни общества.

В «моральной» модели, исторически являющейся самой древней, инвалидность рассматривается как обделенность судьбой, наказание за некие грехи. В общественном сознании, сформированном под воздействием христианского мировоззрения, инвалид в этой модели имеет ущербный статус в социальной среде и подвергается эксклюзии, а его существование обеспечивается, главным образом, благотворительными организациями, пожертвованиями, помощью родственников [2].

Классическая медицинская (административная) модель базируется на рассмотрении феномена инвалидности через призму отличных от принятых в социуме норм и оцениваемых с позиции функциональных расстройств организма, неспособности индивида быть полноправным членом общества вследствие определенного заболевания, дефекта или расстройства функций. Принцип «ограниченной» полноценности инвалидов, заложенный в модели, стал основой формирования и развития «защитно-охранительного» отношения государства и общества к инвалидам. Это способствовало созданию специализированных учреждений и системы социальных льгот, что сопровождалось социальной эксклюзией данной группы населения [3]. Классический подход к инвалидности упрочил стереотипы относительно степени самостоятельности людей с ограниченными возможностями здоровья, закрепил за ними особый социальный статус, сделав их объектами социальной политики [1]. Поскольку социальная эксклюзия сопряжена с барьерами и ограничениями, то в административной модели трудовая занятость инвалида возможна при условии: а) наличия у рабочей группы инвалидности; б) трудоустройства на предприятия общественных организаций инвалидов, так называемые учебно-производственные предприятия, занимающиеся вопросами профессиональной переквалификации и профессионально-трудовой реабилитации с целью дальнейшего трудоустройства.

Экономическая модель инвалидности основана на концепции социальной полезности, эксклюзии и социальной дискриминацией лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Инвалидность, главным образом, рассматривается с точки зрения полезности, способности выполнения трудовых функций. По причине нарушений здоровья инвалид воспринимается как малопригодный к профессиональной деятельности человек, «экономический балласт» для общества, нуждающийся в материальной поддержке со стороны государства [1, 4]. Особенностью экономической модели является возможность лишения человека инвалидности не независимо от медицинского диагноза в случае сохранения у него способности к трудовой деятельности.

Модель функциональной ограниченности рассматривает «неполноценность» людей с ОВЗ с позиции неспособности должным образом осуществлять не только трудовые, но и любые другие функции, доступные здоровым людям. На основании этой модели сформулирована трактовка понятия «инвалид» в Декларации о правах инвалидов, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 1975 г., где инвалид – это «лицо, которое не может самостоятельно обеспечивать полностью или частично потребности нормальной личной или социальной жизни в



силу недостатка, будь то врожденного или нет, его или ее физических или умственных возможностей» [5]. «Функциональное расстройство» и «неполноценное развитие» порой приводит к тому, что лица, имеющие более легкие, но не менее ограничивающие возможности недуги и дефекты, не могут получить официальный статус инвалида, ввиду чего лишаются возможности государственной социальной поддержки. В качестве примера можно привести Постановление Правительства № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (2006 г.) и Приказ министерства труда и социальной защиты РФ № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (2015 г.), согласно которым инвалидность может быть присвоена, исходя из наличия у человека стойких расстройств функций организма (их всего 6) и степени их выраженности (их всего 4), ведущих к ограничению жизнедеятельности человека в одной и более категориях (их всего 7) с тремя степенями выраженности ограничений этих категорий [7, 8]. По результатам экспертизы устанавливается группа инвалидности и разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (абилитации). Однако рассчитывать на содействие государства в решении своих проблем может только имеющий инвалидность. Утративший ее, не сумев найти подходящую по состоянию здоровья работу, лишаются государственной помощи, что отражается на их социальном самочувствии, уровне и качестве жизни, возможности активно участвовать в жизни общества [9, 10].

Некоторые исследователи (например, Е.А. Тарасенко, И.П. Лотова и др.) не разграничивают модель функциональной ограниченности и реабилитационную модель, рассматривая комплекс реабилитационных мер как средство устранения функциональных ограничений инвалида [2]. Между тем, реабилитационная модель инвалидности акцентирует внимание на необходимость восстановления или компенсацию утраченных вследствие имеющихся нарушений здоровья функций. При этом постановка проблем об изменении социального окружения в интересах лиц с ОВЗ, повышении их социального статуса, изменении социальных ролей отсутствует. Хотя очевидным является тот факт, что часто социальная среда оказывается доступной только для здоровых граждан или инвалидов с компенсированными отклонениями, в то время как вопрос адаптации такой среды к не подлежащим устранению физическим или психическим особенностям инвалидов не рассматривается. Вследствие этого трудовая занятость, например, для многих имеющих инвалидность остается недоступной, а если и удастся трудоустроиться, то это предполагает выполнение функциональных обязанностей, не требующих высокой квалификации, низкую оплату труда, отсутствие карьерного продвижения и т.п. Направленность реабилитационной модели на восстановление, компенсацию утраченных инвалидами функций на фоне игнорирования вопросов создания инклюзивной социальной среды, устранения коммуникационных и социальных барьеров может привести к сегрегации достаточно больших групп людей с ограниченными возможностями здоровья.

Обзор моделей инвалидности традиционной парадигмы позволяет сделать вывод о том, что они исходят из таких общих положений, как:



- низкий социальный статус и непривлекательные социальные роли лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- социальная эксклюзия инвалидов;
- инвалиды неспособны выполнять многие функции в различных видах жизнедеятельности, если отсутствуют специальные условия среды;
- имеющие инвалидность обладают меньшей полезностью и производительностью;
- необходимо создавать специализированные социальные учреждения, обеспечивающие медицинский уход и др. услуги для людей с наиболее тяжелыми формами инвалидности;
- большое значение для лиц с ОВЗ имеет государственная социальная поддержка;
- повышение роли медицинской и профессиональной реабилитации в целях восстановления трудоспособности инвалидов и их адаптации к условиям среды;
- не рассматриваются вопросы изменений в социальном окружении инвалидов с целью интеграции последних в социум.

В посттрадиционной парадигме феномен инвалидности рассматривается как социальная проблема, которая заключается в обеспечении полной, равноправной интеграции человека с ОВЗ в общество. Ограничение жизнедеятельности в данном случае является не характеристикой инвалида, а представляет собой совокупность ограничивающих условий в социуме. И задача государства состоит в том, чтобы устранить имеющиеся барьеры, обеспечив инвалидам всесторонне участие во всех сферах жизни. Однако вопрос о необходимости создания или сохранения специальных условий для лиц со значительными отклонениями здоровья, нуждающихся в специальных защитно-ограничительных мерах, постоянном медицинском наблюдении и государственной помощи, сторонниками данного подхода, как правило, игнорируется.

В формате посттрадиционной парадигмы инвалидности можно выделить две группы моделей. Так, к американским моделям инвалидности относят социально-психологическую, социально-политическую (угнетения), культурную модели и модель человеческого разнообразия (гетерогенная модель). Британские модели представлены материалистической моделью и моделью «независимой жизни». Западно-европейскую модель Hendicap выделяют особо.

Социально-психологическая модель инвалидности базируется на подходе И. Гофмана. Исследуя разрыв между тем, что человек из себя представляет на самом деле и тем, кем он мог бы быть, Гофман пришел к выводу, что любой индивид, имеющий отличия между этими состояниями, стигматизирован обществом. При этом Гофман выделил два вида стигмы: дискредитированная, когда различия очевидны для членов общества или известны им (внешние признаки физического отклонения), и дискредитируемая, при которой различия обществу не известны и им не ощущаются (заболевания, не имеющие внешних проявлений). Исходя из этого, существуют два стигматипа людей с ОВЗ – дискредитированный и дискредитируемый. Взаимодействие между людьми с ограниченными возможностями и здоровым обществом зависит от того, к какому из стигматипов принадлежит инвалид [11]. Например, инвалид с дискредитируемым стигматипом будет стремиться к тому, чтобы окружение не узнало о его болез-



ни, опасаясь стигматизации, что, в частности, может проявляться в пониженной социально- трудовой активности таких людей [11]. «В современном индустриальном мире... физическое совершенство имеет практическую ценность, как некий капитал, помогающий достичь богатства и благополучия. Отсутствие этого капитала снижает потенциальные возможности человека, а, значит, порождает его неравенство в сравнении со здоровыми, «нормальными» людьми» [4]. Е.Р. Ярская-Смирнова справедливо отмечает, что вследствие этого инвалидность может пониматься не только как физиологическая патология, дефект внешности или отклонение в поведении человека, но и как стигма, «ярлык», представляющий собой знание об инвалидности. Стигма может быть присвоена конкретной социальной системой инвалиду, не имеющему внешних проявлений проблем со здоровьем» [12]. Считается, что если от ярлыка нельзя избавиться или скрыть, то следует изменить свое отношение к нежелательной для конкретного человека реакции со стороны окружения или ограничиться общением с подобными людьми [4].

Таким образом, в социально-психологической модели инвалидность является результатом стигматизации, социальным конструктом, отражающим восприятие здоровым обществом людей с отклонениями вне зависимости от внешнего проявления этих отклонений. Граница, отделяющая здоровых людей от инвалидов, имеет непостоянный характер. В зависимости от уровня развития общества она может меняться как в пространстве, так и во времени. «Если человек с инвалидностью поменяет свое социальное окружение и переместится в другую социальную группу, он может или снять с себя ярлык инвалида, или сменить его на иной, менее ограничивающий его возможности» [13]. Модель исходит из негативного влияния общества на положение инвалидов и может быть отнесена к разряду дискриминационных, поскольку в ситуации невозможности устранения внешнего проявления функционального расстройства или физического дефекта предполагает определенную сегрегацию инвалидов, в том числе в сфере социально-трудовых отношений. Наличие высокого уровня профессиональной подготовки и востребованной специальности не является для человека с ОВЗ гарантом стабильного статуса. Требования и рекомендации создавать для инвалидов особые условия труда делают их «непривлекательными» для работодателей, поскольку это влечет дополнительные издержки. Люди с ОВЗ вынуждены прибегать к различным стратегиям поведения на рынке труда: 1) стремление получить «нерабочую» группу в случае нежелания трудоустроиться; 2) имеющие «нерабочую группу» работают, скрывают от работодателя информацию о своем статусе или вступают с ним в компромиссные отношения; 3) занятие надомным трудом; 4) упорный поиск подходящей работы; 5) предпочтение не работать, а «числиться». Разнообразие трудового поведения инвалидов продиктовано в основном отсутствием гарантий достойного трудоустройства тех, кто имеет особенности здоровья и вынужден выбирать между зарплатой и пособием, риском беззанятости или недостаточным, но гарантированным обеспечением. Таковы структурные условия российского рынка труда.

В социально-политической модели инвалидности (модель «угнетения»), предложенной в 1994 г. активистом движения инвалидов в США Х. Ханом, инвалиды позиционируются как социальная группа угнетаемого меньшинства, а

инвалидность есть не характеристика, присущая индивиду, а одна из компонент отношения к нему со стороны социального окружения. Следовательно, права и свободы инвалидов ограничиваются внешними условиями в виде недоступной архитектурой среды и транспорта, суженного круга общения, лимитированным доступом к различным сферам жизни общества, информации и средствам общения, профессионально-трудовой, культурной и спортивной областям, т.е. ущемляющими права инвалидов барьерами социальной среды.

Основу социально-политической модели инвалидности составляют три базовых положения: а) большая часть проблем инвалидов является результатом существующих в обществе социальных установок; б) необходимые инвалидам условия социального окружения могут быть созданы через реализацию соответствующей государственной политики; в) государственная политика должна не только отражать принятые в обществе «правильные» взгляды, установки и ценности, но и предусматривать способы их формирования. Следовательно, трансформация государственной политики в направлении обеспечения равных прав для всех социальных групп является важным условием устранения дискриминационного окружения для людей с ОВЗ и предотвращения возникновения в обществе негативных социальных установок. Исходя из этого, проблемы инвалидности как социального явления должны решаться не столько в области медицины, сколько благодаря продвижению ценностей, установок и стандартов, обеспечивающих равенство прав и свобод инвалидов на участие во всех сферах жизни общества, несмотря на наличие особенных потребностей [14, 15]. В случае предоставления социальным окружением соответствующих условий проблема инвалидности с социальной точки зрения утратит свою актуальность.

То, что инвалиды как особая социальная группа, представленная разными общественно-политическими организациями и движениями, защищающих их права, пока еще не может оказать должного влияния на государственную политику в области изменения социальных условий и установок в пользу уравнивания своих прав, Х. Хан связывает с низким уровнем их сплоченности и самоидентификации инвалидов, отсутствием развитой их субкультуры [14].

Так называемая «культурная» модель рассматривает инвалидность с позиции культурного феномен. Основное внимание в ней уделяется формированию самоидентичности и групповой идентичности инвалидов, позволяющих последним осознать свою уникальность как особых членов общества, что способствует их сплоченности и формированию социальных аттитюдов, способствующих повышению статуса инвалидов. Именно самоидентификация является одной из основных характеристик групповой идентичности инвалидов, а ее успешность связана с: а) преодолением зависимости людей с инвалидностью от существующих в обществе доминирующих культурных ценностей; б) созданием особой субкультуры инвалидности и ее диффузией в господствующую в обществе культуру; в) объединением инвалидов в организации, ориентированные на взаимодействие и взаимопомощь инвалидов в различных сферах жизни [16].

В «культурной» модели инвалидность – культурно-антропологический феномен, характеризующийся рядом признаков, связанных с образом жизни инвалидов, собственной особенной системой ценностей и установок, моральными нормами, пониманием особенностей стиля жизни, групповой идентичности,



необходимости активного влияния на преобладающую в социуме культуру [3]. Как разновидность посттрадиционной теории «культурная» модель не актуализирует вопрос обеспечения трудовой занятости инвалидов, полагая, что все аспекты жизни социума должны обладать равной доступностью для всех членов вне зависимости от имеющихся у них отличий.

Модель человеческого разнообразия, базирующаяся на методологии постмодернизма и феминистской социологии, рассматривает инвалидность не как отклонение от медицинской нормы, а как проявление разнообразия, выражение возможных индивидуальных особенностей вне оценочной шкалы нормальности [2]. Поэтому социальное окружение должно предотвращать, упреждать попытки относить людей с нетипичным строением тела, функциональными расстройствами к категории ущербных, присваивая относительно низкий социальный статус, окружать условиями, ущемляющими их права как членов общества или каким-либо иным способом проводить их стигматизацию, проявляющуюся в дискриминации, эксклюзии и сегрегации. Фактически различие между инвалидами и людьми, не имеющими ограничений здоровья, представляет собой всего лишь идеологическую конструкцию, субъективное отношение и восприятие социумом. Инвалидность, согласно этой модели, признается такой же нормой, как и иной цвет кожи, разрез глаз или религиозные взгляды.

Материалистическая модель инвалидности опирается на марксистское направление социологической мысли и позиционируется как «великая идея» социального движения инвалидов Великобритании, фокусирующая внимание на признании инвалидов дискриминируемой социальной группой. Угнетение, с которым они сталкиваются, порой не адекватно состоянию их здоровья. Многие социологи считают, что именно марксистская социология и политэкономия являются платформой и для объяснения, почему инвалиды представляют собой особую дискриминированную группу, и для разработки стратегии по преодолению социального угнетения [19]. Согласно материалистической модели, дискриминация инвалидов связана с «институциональной сепарацией» инвалидов, порождающей их дискриминацию. Именно общество и его социальные институты «превращают» людей с ОВЗ в инвалидов. Институциональная структура социальной среды, свойственные ей культура отношений, установки, ценности, цели, лишают человека с ОВЗ возможностей повседневного функционирования наряду с другими членами социума [18]. Немаловажная роль в этом принадлежит рынку труда и системе обеспечения трудовой занятости, которые пока все еще людей со стойкими нарушениями функций организма позиционируют как менее производительными, а потому непривлекательными в качестве рабочей силы для работодателей. В целях преодоления дискриминации по признаку инвалидности, необходимо более глубоко и системно исследовать институциональную структуру общества, ее влияние на социально-экономическое положение инвалидов и на основании полученных результатов разработать комплекс мер по устранению барьеров социального окружения, включая институциональные, информационные, физические, и др.

По своему содержанию материалистическая модель близка к американской социально-политической модели инвалидности. Обе они исходят из того, что многие из инвалидов, не изменяя своей идентичности, могут и должны активно

принимать участие в формировании социальной политики, трансформации общественных установок и ценностей относительно феномена инвалидности.

В основе британской модели независимой жизни инвалидов лежат теории нормализации и валоризации, критикуемые сторонником материалистической модели М. Оливером [19]. И все же она оказала существенное влияние на формирование социальной политики в отношении инвалидов во многих странах Запада, продвигая идею максимального развития и использования способностей инвалидов к саморазвитию, самопомощи и самообеспечению. Независимая жизнь означает право инвалида быть неотъемлемой частью жизни общества и активно участвовать в социально-политических и экономических процессах, свободу выбора, свободу доступа к жилым и общественным зданиям, транспорту, средствам коммуникации, труду и образованию. Философия независимой жизни ориентирует инвалида на постановку перед собой таких же задач, как и у людей без отклонений в здоровье [13]. В «британской» модели нормализовать жизнь людей с ограниченными возможностями возможно через преодоление эксклюзии и сегрегации, интеграцию в социальную среду посредством сокращения количества специализированных учреждений и предоставления расширенного перечня социальных услуг и видов социальной помощи на дому. Оказываемые по месту жительства инвалида различными социальными учреждениями содействие и помощь, должны соответствовать его состоянию здоровья, добровольно приниматься или отвергаться им, способствовать самопомощи и побуждать к ней. Самопомощь, объединение с людьми, имеющими похожие проблемы, в этой модели рассматривается как главный элемент, способствующий эффективной самореализации инвалида [2]. В контексте идеи независимой жизни в данном случае имеется в виду возможность самостоятельного ведения нормальной повседневной жизнедеятельности, под которой понимается наличие своего жилья, образование и трудоустройство, досуг, средства к существованию, возможность пользоваться разнообразными социальными благами, навыки самообслуживания и общения. Люди с отклонениями в здоровье должны обладать независимостью в определении стиля своего поведения, однако социальное окружение при этом должно давать им возможность такого выбора. Инвалиды позиционируются в этой модели в большей степени не как объекты социальной помощи, а как субъекты социально-защитной деятельности [4].

Теория нормализации и социальной валоризации (повышение привлекательности) позитивно воспринимается как отдельными инвалидами, так и их объединениями и движениями, поскольку предусматривает возможность самостоятельного существования в обществе, обеспечивая равноправие.

Обзор социальных моделей инвалидности был бы неполным без упоминания концепции «handicap», предложенной Ф. Вудом. Автор сформулировал ее основные положения исходя из того, что инвалидом становится любой человек, столкнувшийся с препятствиями, не позволяющими ему действовать обычным образом, вследствие чего он оказывается в социально невыгодном положении. Вуд пояснял, что причиной социального неблагополучия человека, его дискриминации в обществе (ситуационный аспект «handicap») является его функциональная ограниченность (патологический аспект), возникающая вследствие ор-



ганических нарушений, к которым может привести несчастный случай, болезнь или какие-нибудь другие причины.

Модель «handicap» представляет собой синтез философской, социальной и медицинской концепций. Интеграция людей с ОВЗ в общество, предоставление им возможности развития индивидуальных способностей при условии устранения любых барьеров в социальном окружении (доступ к социальным институтам, физическому окружению, транспорту, связи, коммуникации, трудовой деятельности, преодоление негативных социальных установок) являются, согласно этой модели, основной задачей социальной политики государства. Так как интеграция и социализация людей с ограниченными возможностями осуществляется только в самом обществе, оно лишь тогда может изменить свои нормы, приспособить свою среду к потребностям инвалидов, когда знает о том, в чем эти инвалиды нуждаются, являясь членами этого общества. Путем устранения имеющихся барьеров и ошибочных социальных установок можно расширить возможности людей с ограничениями жизнедеятельности и компенсировать их недостатки [11].

В последние годы появилась так называемая «новейшая» парадигма инвалидности, где можно выделить техническую модель и модель незанятости. Сторонники технической модели считают, что если борьба за равенство прав и полную инклюзию инвалидов в общество будет успешной, то отпадет потребность в отличии лиц с ограниченными возможностями от здоровых людей. Инвалиды будут выделяться исключительно более активным использованием различных технических средств, компенсирующих утраченные способности. В случае развития этого сценария социальная политика в отношении самостоятельного существования инвалидов вне специализированных учреждений утратит свою актуальность.

Модель незанятости исходит из того, что при условии устранения барьеров, препятствующих интеграции и социализации инвалидов (в том числе профессиональной), но невозможности обеспечить трудовые права для тех инвалидов, которые не могут самостоятельно существовать вне специализированных учреждений, без ухода и помощи со стороны ближайшего окружения, то последние будут считаться безработными. С этой точки зрения трудоустроенные инвалиды ничем не будут отличаться от здоровых работающих граждан, а нетрудоспособные или неработающие инвалиды будут получать социальную поддержку из того же источника финансирования, что и здоровые люди трудоспособного возраста [11].

Смеем предположить, что «новейшие» подходы на протяжении еще многих лет не найдут своего отражения ни в законодательстве, ни в социальной политике, поскольку практическая реализация заложенной в них идеологии будет возможна только в случае активного включения в процессы социальной трансформации самих инвалидов.

Обзор эволюции социальных моделей инвалидности позволяет сделать вывод о том, что большинство из них опираются на теорию полной эксклюзии. Акцентируя внимание на ограниченных возможностях здоровья, инвалид позиционируется как больной и нетрудоспособный человек, нуждающийся в лечении или изоляции. Это ограничивает круг общения инвалидов лицами с идентичным

состоянием здоровья, персоналом социальных и медицинских учреждений и родственниками (сегрегация). Социальная политика в отношении инвалидов, опираясь на положения эксклюзивных моделей, характеризуется системой пособий и льгот, а также функционированием медицинских и социальных учреждений, обеспечивающих им соответствующее лечение, содержание, уход и поддержку.

Модель функциональной ограниченности, реабилитационная и психосоциальная модели, на наш взгляд, могут быть отнесены к интеграционным моделям, поскольку предусматривают возможность интеграции и социализации тех инвалидов, которые посредством реализации комплекса реабилитационных мероприятий восстанавливают или компенсируют утраченные функции и в результате благополучно адаптируются к окружающей социальной среде. Однако так как первые две модели не предусматривают изменения социального окружения под нужды лиц с ОВЗ. Неадаптированные инвалиды не могут быть интегрированы в социум, остаются исключенными из него, подвергаются дискриминации. Психосоциальная же модель предполагает адекватную интеграцию в социум только для инвалидов, не имеющих внешних признаков инвалидности, подвергая сомнению позитивное включение в общество лиц с внешними дефектами и предлагая им вариант жизни в замкнутых сообществах с себе подобными, что является свидетельством частичной сегрегации и дискриминации.

В моделях, основанных на инклюзии, инвалиды вправе рассчитывать, что общество обеспечит им возможности участия во всех сферах жизни с учетом своеобразия каждого из лиц с ОВЗ (идеология модели человеческого разнообразия). Условиями же успешной инклюзии считаются: совместность усилий инвалидов и социума по взаимному изменению и сближению социальных установок в ходе совместной жизнедеятельности; наличие специальных требований к состоянию социальной среды, в которую вовлекается инвалид, т.к. далеко не каждое общество готово взять на себя ответственность за успешность инклюзии; социальное микроокружение инвалида (местное сообщество, специализированные социально-медицинские учреждения, муниципалитеты, локальные предпринимательские структуры и т.п.) должно создавать условия для инклюзии в различные сферы жизни; инклюзия должна гарантировать инвалидам личную и социальную интеграцию не только вблизи места проживания, но и на других территориях страны; сохранение индивидуальности инвалидов и здоровых людей, вступающих во взаимодействие, исключение любого проявления дискриминации по отношению к обеим сторонам.

Россия, ратифицировав в 2012 г. Конвенцию о правах инвалидов, приняла ответственность за создание равных возможностей для инвалидов и обеспечение им равных условий. Наиболее успешно процессы инклюзии проявляются в сфере культуры, образования, спорта, социальной защиты инвалидов, а также при реализации их политических прав. Более скромные результаты отмечаются экспертами в создании доступной среды и обеспечении равных прав инвалидов в сфере социально-трудовых отношений. Изменению ситуации будут способствовать: 1) усиление воздействия со стороны государства с целью изменения attitudes в отношении инвалидов в сторону повышения толерантности; 2) организация мониторинга за соблюдением предпринимательскими структурами феде-



ральных и региональных нормативных актов, гарантирующих инвалидам квотируемые адаптированные рабочие места; 3) актуализация роли общественных объединений инвалидов в планировании, организации, реализации и контроле соответствующих социальных проектов, ориентированных на инклюзию инвалидов.

Библиографические ссылки

1. *Лотова И.П.* Качество жизни инвалидов как междисциплинарная проблема [Электронный ресурс] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – № 2, том 18. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-invalidov-kak-mezhdistsiplinarnaya-problema> (дата обращения 06.07.2017).
2. *Тарасенко Е.А.* Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России [Электронный ресурс] // Журнал исследований социальной политики. – 2004. – Т. 2. – № 1. – Режим доступа: http://paralife.narod.ru/1sociology/jsps2004v2n1/01_tarasenko.htm (дата обращения 06.09.2017).
3. *Фуряева Т.В.* Реабилитация и интеграция людей с инвалидностью в общество: учеб. пособие / Т.В. Фуряева, Ю.Ю. Бочарова. – Красноярск: Изд-во Краснояр. гос. пед. ун-та им. В.П. Астафьева, 2014. – 275 с.
4. *Прокопенко Н.П.* Социальная работа с инвалидами / Н.П. Прокопенко. – Новочеркасск: Изд-во Новочерк. гос. мелиор. акад., 2013. – 55 с.
5. *Сайт Конституции Российской Федерации: Декларация о правах инвалидов (утв. Резолюцией тринадцатой сессии Генеральной Ассамблеи ООН 3447 (XXX) от 9 декабря 1975 г.)* [Электронный ресурс]: официальный сайт. – Режим доступа: <http://constitution.garant.ru/act/right/megdunar/2560820/> (дата обращения 09.10.2017).
6. *Гареева И.А.* Социальные барьеры современной системы здравоохранения // Современные проблемы экономического развития предприятий, отраслей, комплексов, территорий. Материалы международной научно-практической конференции: в 2 томах. – Хабаровск: Изд-во Тихоокеан. гос. ун-та, 2016. – С. 275-278.
7. *Пенсионный фонд Российской Федерации: Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 г. № 95 (ред. от 10.08.2016) «О порядке и условиях признания лица инвалидом»* [Электронный ресурс]: официальный сайт. – Режим доступа: http://www.pfrf.ru/info/order/organization_appointment_payme/~2123 (дата обращения 02.10.2017).
8. *Министерство труда и социальной защиты РФ: Приказ Минтруда России от 17.12.2015 г. № 1024н (ред. от 05.07.2016) «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»* [Электронный ресурс]: официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/467> (дата обращения 02.10.2017).
9. *Гареева И.А.* Институциональные и социальные трансформации системы здравоохранения // Власть и управление на Востоке России. – 2013. – № 3 (64). – С. 122-127.
10. *Гареева И.А.* Стратегии поведения субъектов системы здравоохранения в социологическом измерении // Власть и управление на Востоке России. – 2013. – №2 (63). – С. 85-91.
11. *Думбаев А.Е.* Инвалид, общество и право / А.Е. Думбаев, Т.В. Попова. – Алматы: ТОО «Верена», 2006. – 180 с.
12. *Ярская-Смирнова Е.Р.* Социокультурный анализ нетипичности / Е.Р. Ярская-Смирнова. – Саратов: СГТУ, 1997. – 272 с.
13. *Ярская-Смирнова Е.Р.* Социальная работа с инвалидами / Е.Р. Ярская-Смирнова,



Э.К. Набирушкина. – Изд. 2-е, доп. и перераб. – СПб.: Питер, 2004. – 316 с.

14. *Hahn H.* Toward a Politics of Disability: Definitions, Disciplines and Policies [Digital resource] // Unpublished paper University of Southern California. – 1994. – URL: <https://www.independentliving.org/docs4/hahn2.html> (дата обращения 04.10.2017).

15. *Холостова Е.И.* Социальная реабилитация: учеб. пособие / Е.И. Холостова, Н.Ф. Дементьева. – М., 2002. – 308 с.

16. *Finkelstein V.* Disabled People and Our Cultural Development [Digital resource] // Dail (Disability Arts in London) Magazine. – 1987. – URL: <http://www.independentliving.org/docs3/finkelstein87a.pdf> (дата обращения 04.10.2017).

17. *Конвенция о правах инвалидов* (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи 13 декабря 2006 года) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения 04.09.2017).

18. *Тарасенко Е.А.* Модели инвалидности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://aupam.ru/pages/sozial/modeli_invalidnosti/oglavlenie.html (дата обращения 07.10.2017).

19. *Oliver M.* Capitalism, disability and ideology: A materialist critique of the Normalization principle [Digital resource]. – URL: <http://www.independentliving.org/docs3/oliver99.pdf> (дата обращения 09.10.2017).

Title: Evolution of Social Models of Disability

Authors' affiliation:

Kalashnikova I. V. – Pacific National University, Khabarovsk, Russian Federation

Trinadtsatko A. A. – Pacific National University, Khabarovsk, Russian Federation.

Abstract: The article provides an overview of models of disability, reflecting the transformation of views on the understanding of the phenomenon of disability. There are allocated and described the characteristics of the disability models, based on the theories of exclusion and inclusion. Special attention is paid to the typology of disability models, reflecting the attitude transformation from exclusion and segregation of disabled people to integration and inclusion. The study has revealed that among the models of medical disability, traditionally considered to be exclusive and discriminatory, there are models that can be attributed to integration involving adaptation and socialization of disabled people. On the other hand, not all models in the format of the social approach can be attributed to the inclusive ones. For example, the socio-psychological model implies integration into the society only those disabled who belong to discriminated stigmata. Meanwhile, it is disabled discrediting of stigmata that requires more tolerant attitude on the part of the society, as well as in special cases, the limiting circle of their own kind. The conclusion is made that in Russia the model of disability based on inclusion is the most successfully implemented in the educational, cultural, sports, political and socio-protective areas. According to the experts, it is necessary to concentrate the efforts to promote the ideas of the disabled people inclusion in the social and employment sphere.

Keywords: disabilities, models of disability, discrimination, exclusion, segregation, integration, inclusion, accessible environment, equal rights.