

И. А. Шаповал

**СОЦИАЛЬНАЯ ИНКЛЮЗИЯ
ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
ДЕ-ЮРЕ И ДЕ-ФАКТО: «ВКЛЮЧАЕМЫЕ», «ВКЛЮЧАЮЩИЕСЯ»,
«НЕВКЛЮЧАЮЩИЕСЯ»**

84

Представлен анализ концепций формирования социальных систем, в которых состояние здоровья человека не ограничивает его включенность в социальные связи, процессы и практики. Цель статьи – исследовать влияние самоидентификации лиц с ограниченными возможностями здоровья на процессы их социальной интеграции и инклюзии. Комплексность внутренних противоречий этих процессов и малая изученность проблемы определили необходимость интегративного анализа и синтеза теорий и эмпирических фактов. Смена концепций социальной интеграции и инклюзии лиц с ограниченными возможностями здоровья квалифицируется как социально-политический тренд одностроннего навязывания «включенного общества» с игнорированием стратификации общества и закономерности социальной эксклюзии. Показано, что социальная эксклюзия как одна из форм организации общества может быть результатом не только устройства самого общества, но и выбора личности или ее деформаций. Систематизированы и описаны диспозиции особых условий развития личности, личностные диспозиции и роль социальной самоидентификации человека с ограниченными возможностями здоровья в отношении социальной инклюзии и эксклюзии. Аргументировано параллельное сосуществование разных моделей интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья на основе социального компромисса и уважения права человека быть субъектом собственной жизни. Результаты исследования могут быть использованы при реализации социально-психологического сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья в процессах их инклюзии в общество и интеграции с обществом.

The article presents an analysis of the social systems, in which human health is not limited to its inclusion in social relations, processes and practices. The main aim of this research work is to study the impact of self-identification of people with disabilities on their social integration and inclusion. The complexity of internal contradictions of these processes and a limited number of research works on the problem determined the need for a new integrative analysis and synthesis of the existing theories and empirical facts. The evolution of the concepts of social integration and inclusion of people with disabilities is described as a socio-political trend of imposing 'inclusive society' and ignoring its stratification and the laws of social exclusion. It is shown that social exclusion as one of the forms of organization of society can result



not only from the structure of society, but can also be the individual's conscious choice. The author systematizes and describes special conditions of personality development, personal dispositions and the role of social self-identification of people with disabilities in relation to social inclusion and exclusion. The author argues that there are different models of integration of people with disabilities based on social compromise and respect for the human right to choose the kind of life to live. The results of the study can be used in social and psychological support of people with disabilities in the processes of their inclusion and integration with society.

Ключевые слова: социальная интеграция, инклюзия, эксклюзия, лица с ограниченными возможностями здоровья, самоидентификация.

Keywords: social integration, inclusion, exclusion, people with disabilities, self-identification.

Введение

Необходимость инклюзии лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) с любой глубиной психофизиологических нарушений в «здоровое» общество и их интеграции предполагает взаимную заинтересованность в формировании и функционировании обновленных социальных систем. «Общество для всех», в котором, независимо от состояния здоровья, все люди обладают социальной субъектностью, правами и соответствующими обязанностями, имеет, однако, ряд противоречий [16; 17; 21]:

1) между представлениями о лицах с ОВЗ как единой социальной страте и полиморфностью этой группы, дифференцированной на множество функционально самостоятельных лиц и объединений;

2) между зависимостью социальных связей человека с ОВЗ от его индивидуальной функциональной дезадаптированности и выявлением проблем таких людей через стратификацию общества с возложением обязанности решать их на социальные институты и население;

3) между идеей устранения социального разделения и практикой сепарации лиц с ОВЗ, предшествующей их социальной инклюзии и интеграции: классификацией относительно заданной нормы (идентификацией и номинацией их диагнозов с благой целью распределить льготы и гарантии), способствующей воспроизводству социального неравенства;

4) между декларируемым принципом «равного» в политике государства в отношении лиц с ОВЗ и реально действующим принципом «барина». Согласно принципу «равного» средства направляются на установление связей между социумом и человеком с ОВЗ путем его реабилитации / абилитации и снятия барьеров. В реалиях же российской распределительной системы «барин» в лице государства законодательно изымает результаты чужого труда и передает их нуждающимся. В итоге пассивное пенсионирование и рост бюрократического аппарата, распределяющего льготы, приводят к повышению числа защищаемых и девальвации идей инклюзии и интеграции;



5) между патерналистской моделью защиты человека с ОВЗ, предписывающей ему пенсию, льготы, лечение и т. д., и моделью независимой жизни инвалида, или биоэтики с ее принципами информированного согласия и уважения прав и достоинства личности. С позиций патернализма желание человека с ОВЗ выбрать свой сценарий реабилитации, интеграции и жизни — неблагодарность и даже превышение прав, тогда как биоэтика призывает защищать человека от чрезмерных притязаний культуры на его преобразование и уважать его самоопределение на основе понимания достоинств и недостатков каждой из альтернатив выбора.

Совокупность представленных противоречий определяет социально-психологическую актуальность нашего исследования.

Вопросы социокультурального конструирования инвалидности (социально-экономический, юридический, медицинский, педагогический подходы) объективируют внешние по отношению к личности условия жизни лиц с ОВЗ и изучены наиболее широко. В отношении взрослых это проблемы степени утраты здоровья, социально-бытового обеспечения, социокультурной реабилитации, спортивно-досуговой деятельности, обеспечения безбарьерной среды; в отношении детей и подростков — вопросы их обучения, воспитания, абилитации, а также проблемы воспитывающих их семей. Исследования интеграции лиц с ОВЗ сконцентрированы в области инклюзии в образовании детей и подростков и в профессиональном образовании взрослых. Изучение роли внутренних индивидуально-психологических ресурсов личности человека с ОВЗ начато в руководимой Д. А. Леонтьевым лаборатории проблем развития личности лиц с ОВЗ МГППУ.

В целом обзор исследований проблем лиц с ОВЗ показывает их разнонаправленность и незавершенность научного поиска, что актуализирует необходимость их междисциплинарного интегративного анализа, переосмысления акцентов и синтеза теорий и эмпирических фактов. Как самоидентификация лиц с ОВЗ — «исключенных», «включаемых», «включающихся», «невключающихся» — влияет на отношение к социальной инклюзии и интеграции? Социально-психологический анализ этой малоисследованной проблемы является целью нашей статьи.

Динамика смыслов социальной интеграции и инклюзии лиц с ОВЗ

Концепция нормализации, или мейнстриминга (1970-е гг.) провозгласила право лиц с ОВЗ на освоение всех культурных норм общества и удовлетворение общечеловеческих потребностей. Деструктивное влияние биологического недостатка на всю систему социальных отношений человека, его место и роль в социальной среде, функции его бытия и в итоге на их реконструкцию в социальную ненормальность подчеркивал еще Л. С. Выготский [6]. Другими словами, болезнь или дефект нарушают состояние и функции организма, что определяет невозможность для человека в достаточной степени ассимилировать паттерны доминирующей культуры и следовать им в своем поведении. В русле



этой нормоцентрической парадигмы и разворачивался мейнстриминг, предложивший понимать «норму» как благо, ради которого должны формироваться нормативные социальные функции и связи человека с ОВЗ.

Международное руководство по оценке последствий болезни (ВОЗ, Женева, 1989) с помощью термина «социальная недостаточность» (*handicap, disadvantage*) социализировало нарушения здоровья человека в системе показателей и измерителей нарушения его биосоциальных функций и ограничения жизнедеятельности. Образ ОВЗ продолжал строиться вокруг болезни или дефекта: в любом случае их носитель находится в невыгодном с точки зрения социальных норм положении, что определяет необходимость его социальной защиты.

Невысокая эффективность мейнстриминга объяснялась отсутствием или дефицитом специальных условий, таких как технические средства, альтернативные способы коммуникации, необходимый уровень квалификации специалистов и толерантности окружающих. Тем самым со всей очевидностью проявилась неполноценность самого общества, «здорового» большинства: именно оно переполнено негативными стереотипами и предрассудками в отношении к потребностям и правам лиц с ОВЗ, стигматизирует и изолирует их.

Концепция социальной интеграции лиц с ОВЗ как конечной цели их реабилитации (ВОЗ) заявила в качестве основного способа организацию их совместной деятельности со здоровыми людьми. Объединение ранее разделенных людей и групп, увеличение объема и интенсивности их взаимосвязей, взаимосогласований и взаимодействий, надстраивание новых уровней управления отражает суть интеграции как стороны развития системы, ее выхода на новый уровень качества. Индикатором интегрированного, взаимообогащенного интересами и конструктами мира каждой субкультуры общества можно считать его внутреннюю сплоченность: коллективную идентификацию его членов, их ценностно-ориентационное единство, объективность в ответственности за успехи и неудачи совместной деятельности.

Взаимное уважение, доверие и партнерские отношения требуют добровольного и равноправного в них участия и соблюдения индивидуальных и групповых интересов. Согласно гуманистической парадигме, фасилитация саморазвития и самореализации человека с ОВЗ — *одно из важнейших условий компенсации отклонений в развитии и ограничения возможностей*. В этом контексте Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (ВОЗ, Женева, 2001) заменяет «уничижающие» термины «ограничение жизнедеятельности» и «социальная недостаточность» более толерантными понятиями активности, участия и барьеров.

Участие означает вовлечение в жизненную ситуацию, в том числе в межличностных взаимодействиях и жизни в сообществах, а активность — выполнение задачи или действия. В свою очередь, барьеры лиц с ОВЗ можно разделить на реальные (недружественная среда, физическая



изоляция, трудовая сегрегация или изоляция, малообеспеченность) и символические (эмоциональный, самооценочный и т. д.). Выполненное под нашим руководством исследование самоотношения молодых инвалидов показало наличие корреляций между их внутренней конфликтностью и самообвинением, с одной стороны, и психологическим благополучием и оценкой качества жизни — с другой. Установлено, что дефицит или чрезмерность самоуважения, аутосимпатии и внутренняя неустойчивость, выступая барьерами личности, снижают качество жизни инвалида.

Принимая идею интеграции общества как процесса формирования новых социальных систем [21], следует говорить и о реальных последствиях ее достижения. Во-первых, элементы интегрированной системы продолжают обладать разными степенями автономии, самоопределения и взаимозависимости. Во-вторых, интеграцию развивающейся системы благодаря накоплению различий между элементами закономерно сменяет дезинтеграция, но уже неясно, по какому признаку.

Исходя из оппозиции субъект-объектного государственного подхода к проблеме интеграции лиц с ОВЗ и права человека на выбор своих стратегий жизни оправданным видится предложение сосуществования на основе социального компромисса двух моделей интеграции [21]. Модель инвалида — схема присоединения к основным социальным системам в рамках института инвалидности — предлагает человеку средства обеспечения и гарантии выживания на условиях его согласия с ограниченными социальными статусом и ролями. Модель независимой жизни, интеграции на основе взаимного интереса предлагается людям с ОВЗ, отказывающимся от института инвалидности и принимающим на себя и права, и обязанности жизни в обществе. Они получают возможность приобрести (с учетом их социально-психофизиологических возможностей) более высокий социальный статус и роли, больше отвечающие их потребностям интеграции и социальной мобильности.

Концепция социальной инклюзии лиц с ОВЗ строится на идее инклюзивного общества, где разнообразие видится ресурсом устойчивого социального развития и обеспечивается равное отношение и сопричастность к общечеловеческой культуре во всех социальных практиках всем без исключения людям. Разными путями они активно реализуют единое стремление к общим социальным целям: благоприятному статусу, самореализации и т. д. [4], то есть тому, чего на всех не хватает.

Глобальная цель инклюзии, устранение социального разделения, наиболее противоречива. Частично противоречия отражены во введении, здесь же отметим несогласованность науки в определении связей инклюзии и интеграции [3; 4; 21; 25].

В одном дискурсе интеграция — предпосылка и подготовительный этап инклюзии — призвана «возвратить» лиц с ОВЗ в общество, закрепить их права на реализацию своеобразия и нивелировать их социальную сегрегацию и эксклюзию. Другими словами, сначала интегрируем(ся) и лишь затем включаем(ся). Цель интеграции — инклюзия лиц



с ОВЗ (в их интересах) в систему социальных отношений; цель инклюзии — создание включающего / включенного общества в интересах самого общества.

Представителей этой позиции не смущает антигуманизм ориентации на сведение к общему знаменателю желаний всех людей. Смещение этического / политического дискурса с фрейма «справедливого общества» к фрейму «прав человека» предполагает право каждого быть отличным от других и самостоятельно выбирать модели счастья и образа жизни [5]. Принципы равенства прав и свобод всех без исключения («каждому по потребностям, от каждого по способностям») в социальных отношениях доказали свою утопичность.

Нам близка более реалистичная логика второго дискурса. Здесь интеграция выступает результатом инклюзии — неких акций включения лиц с ОВЗ в широкое сообщество с целью приобщить их к определенным практикам или культурному процессу и активно укреплять у них чувство принадлежности к обществу. Если процесс инклюзии происходит с индивидами (группами), то интеграция — в самом обществе.

При этом социальная инклюзия, предваряя интеграцию, не гарантирует ее успеха, что можно видеть на примере официально введенной образовательной инклюзии в не готовую принять обучающихся с ОВЗ среду. Не первый год школы и вузы не знают, что делать с «включенными» в общий поток обучающимися, продолжающими нуждаться в специальных условиях образования. Отношения между педагогами и детьми с ОВЗ (или родителями таких детей) нередко продолжают продублировать ситуацию эксклюзии. Слабая разработанность инклюзивных методов и средств тормозит процессы инклюзивной социализации и образования лиц с ОВЗ и ставит под сомнение их успешность [11].

Заметим, что образовательная инклюзия не гарантирует автоматически социального включения. Проведенное под нашим руководством исследование социальных сетей здоровых и инклюзивированных студентов с ОВЗ показало: у студентов с ОВЗ ниже индекс плотности социальной сети, существенно меньше ее размер (на 23,6 %), число зависимых людей (на 33,3 %) и сфер деятельности (на 18,9 %). Очевидно, что в условиях образовательной инклюзии на первый план выходит личностное отношение человека с ОВЗ к социальной инклюзии и эксклюзии. Часть объективно «исключенных» может отрицать факт эксклюзии, не осознавать или намеренно вытеснять его с помощью защитных механизмов расщепления, обеспечивающих иллюзию успешности [19].

Итак, смена концепций имеет очевидный социально-политический тренд: всеобъемлющая, обязательная и навязываемая однородность, характерная для тоталитарного общества [5], сменяется столь же обязательным разнообразием, а всякая неопределенность подразумевает «аномалию» и необходимость преобразования социальной идентичности человека. Поскольку результаты каждого прошлого этапа корректируют общую идею, неудивительно, что смыслы мейнстриминга, интеграции, инклюзии принимают все новые формы.



Социальная эксклюзия как форма организации общества и идентификации человека

90

В истории цивилизации стремление воплотить общечеловеческие ценности гуманизма и равноправия последовательно исходило из правовой и социальной уязвимости и незащищенности определенных социальных страт. Наиболее простые способы минимизировать различия и разрывы между разными слоями общества — субсидирование определенных категорий граждан или «позитивная дискриминация», ограничение возможностей или эксклюзия уже других людей и групп — рано или поздно осознавались как новая социальная несправедливость. Одновременно идея всеобщего равенства периодически расценивалась как невозможный и нежизнеспособный вариант социального устройства. С учетом этих реалий социальная эксклюзия как одна из форм организации общества требует осмысления в отношении лиц с ОВЗ.

Современный рост индивидуалистических трендов жизни и недоверия к социальным инновациям (каковой продолжает оставаться инклюзия лиц с ОВЗ) базируется в том числе на противоречии индивидуального и общественного: потребностей, возможностей, способностей человека, с одной стороны, и требований государства и социума — с другой [1]. Суть социальных норм — в их роли носителей властной претензии, требования, принуждения; направленность — не на исключение или отторжение «ненормальных», но на их квалификацию и коррекцию с помощью техник вмешательства и преобразования [22]. Соответственно, меняющиеся социальные модели / ярлыки инвалидности и ОВЗ, как и любые другие, выступают результатом социальных договоренностей. Разделение на категории «инвалид — неинвалид» разобщает общество в целом, разделение ОВЗ на кластеры и ресурсы статуса разобщает сообщество лиц с ОВЗ.

Отмечаются социокультуральные различия в отношении социальной эксклюзии. В России это социальная незащищенность, «трудная жизненная ситуация», вызывающая к помощи и спасению «жертвы». Известно, однако, что стигмы жертвы могут превращаться в средства оправдания права на «исключительность» во взаимоотношениях с миром и формировать *особую идентичность «инвалидной личности»*. Отождествление с неполноценностью и нуждой в постоянной жалости, сочувствии, опеке — главное препятствие полноценной независимой жизни человека с ОВЗ [17]. В то же время эмоциональные барьеры в виде непродуктивных или негативных эмоций на фоне неудовлетворенности в личной и интимной жизни — важный фактор социального отчуждения и противопоставления человека.

В западной традиции проблема социальной эксклюзии находится в правовом поле, рассматриваясь как нарушение социальных прав граждан, и задача государства — создать механизмы исполнения и защиты этих прав. Под такое понятие социальной эксклюзии подпадает чуть ли



не большая часть общества: «дискриминируемые» (отсутствие доступа к механизмам интеграции на макроуровне) и «депривированные» (жизненные ситуации лишений и проявления неравенства) [20].

Внутреннее иерархическое разделение общества на «своих» и «чужих» объективно и имеет место в любых культурах и на любых этапах развития цивилизации. «Мы» и «они» как социальные страты обладают разными жизненными шансами и разным стилем жизни. Тем самым обязанность людей, имеющих разные условия, выполнять общие социальные задачи скорее разделяет сообщество и стимулирует конкуренцию, а не унифицирует условия жизни для развития сотрудничества и солидарности [5].

Эксклюзия не тождественна градации неравенства. В прогнозе включения человека в конкретные социальные практики значимы два фактора [3; 24; 25]:

1) наличие или отсутствие отдельных признаков (происхождения, биопсихосоциальных характеристик человека, возраста, пола, образования, власти, владения информацией, религиозной принадлежности и т.д.), в соответствии с которыми человек инклюзирован в одни социальные страты и эксклюзирован из других;

2) ослабление фундаментальных для функционирования общества и человека социальных подсистем (социальной, экономической, институциональной, территориальной, символических отношений), изменяющее качество всей системы.

Расхождение мнений относительно генеза процессов эксклюзии наблюдается в дефинициях последней [3; 15; 19; 26; 28]. Часть ученых акцентирует кумуляцию (накопление) препятствий для полноценной социальной инклюзии человека в силу ограниченности его возможностей в условиях умственной отсталости, физических отклонений, сиротства, аддиктивности, маргинальности, бедности и т.д. Другие исследователи фокусируют внимание на деструкции и обрыве связей между человеком (группой) и обществом: на стадийном процессе «социальной дисквалификации» или на ситуации кризиса, разрушающей социальную идентичность.

Краткий обзор проблемы социальной эксклюзии лиц с ОВЗ показывает доминирующее внимание к ее клиническим и социально-экономическим факторам, не способствующее объективному пониманию роли активности самой личности. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья относит личностные факторы к контексту, подчеркивая их потенциально позитивное и негативное влияние на жизнедеятельность. Таким образом, в отношении диспозиций личности речь может идти о вариативности эксклюзии и идентификации человеком себя как «включаемого», «включающегося», «исключенного» или «невключающегося» [1; 14; 19; 25]. Варианты добровольной и вынужденной эксклюзии представлены в таблице.



Варианты социальной эксклюзии с позиций личности

Добровольная эксклюзия	Вынужденная эксклюзия
Ретритизм (Р. Мертон) — отказ человека от того, чтобы принять социальную реальность, ассимилировать социальные конструкты и интегрироваться, в результате осознания разрыва между своими ценностями и потребностями и социальными целями и нормами. Невозможность принять групповые ценности и удовлетворить базовые потребности в данной социальной системе приводит к выпадению из нее, нарушению структуры социальной идентичности и конструированию искаженной картины мира	«Жертвы структуризации» (структурных и культурных изменений общества) внизу социальной иерархии. Социальные проблемы: бедность, отсутствие доступа к образованию, физическая изоляция. Социально-психологическая реальность: снижение самооценки, переживание неполноценности в роли субъекта социальных отношений, социальной несправедливости: на коллективном уровне — вера в возможное изменение социальной ситуации и агрессия; на эгоистическом — склонность к депрессии
Стремление к индивидуализму, приватности жизни, отграничению от общества рисков, неопределенности и угроз личной безопасности. Низкое институциональное доверие, отказ от коллективистских практик, публичности, государства и рынка. Семья и близкие — наиболее надежный ресурс выживания, локус жизненных стратегий и идентичности	Неспособность адаптироваться к социальной реальности, к ее нормам и ценностям. Переживание непреодолимости противоречий между социальными целями и возможными средствами их достижения, социальной бесперспективности, аутсайдерства, отверженности, аномии
Отторжение социальных целей с избеганием социальной системы — «самоогораживание» космополитичных элит, отказавшихся от идентификации с национальностью, этносом, территорией, профессией и т. д.	Выбор пассивных или девиантных стратегий жизни и деятельности в условиях подавления личности социальными нормами или отсутствия в обществе условий для реализации активной позиции
Ограничение способности к интеграции в общество (социальная недостаточность) вследствие аффективных и личностных нарушений, негативной Я-концепции, снижения способности к адекватному поведению, отставаний в развитии, расстройств поведения и адаптации	

Ограниченные возможности здоровья, предъявляя повышенные требования к жизнедеятельности человека, сами по себе стрессогенны. Встреча с препятствием в виде ОВЗ опосредуется личностью и ее интерпретациями ОВЗ как вызова жизни или не поддающейся изменению данности [11; 12]. Осознание своего неудовлетворенного самоутверждения — та точка бифуркации, из которой возможны два пути: к утрате чувства личностной ценности и устойчивости, сужению жизненных перспектив, «уходу в болезнь» либо к раскрытию сильных сторон и потенциала личности, к их реализации в различных сферах жизни [2].



Личностные диспозиции «включаемых», «включающихся», «невключающихся»

Ситуацию ОВЗ как относительно закрытую и депривированную систему «человек – жизненная среда» характеризует ограничение внешних ресурсов самоопределения человека [8]. Чтобы компенсировать их дефицит личностными ресурсами, человеку необходимы осознанность, способность к адекватной оценке своих возможностей и постановке реальных целей и задач, позитивное самоотношение и адекватная работа защитных механизмов и копинг-стратегий. Развитие личностных ресурсов человека с ОВЗ представляет собой тем самым и условие, и результат его взаимодействия с миром.

Самоопределение – не только право, но и обязанность [5] – подразумевает ответственность за свой выбор, его последствия и побочные эффекты. За эффективное самоосуществление, поддержание уровня ресурсности и сохранение психологического здоровья в условиях ОВЗ человек платит более высокую психофизиологическую «цену». Увеличение нагрузки на ЦНС обуславливает склонность к дезадаптации, невротизации, снижению фрустрационной толерантности.

Включаясь в социальные связи, человек стремится быть нужным кому-то или чему-то, ощущать минимально гарантированную безопасность и защищенность и одновременно свою автономность и суверенность. Наличие ясных и достижимых целей, чувство контролируемости происходящих событий, бесплодности потраченных усилий делают жизнь осмысленной.

Внешняя характеристика социально инклюзивированного человека с ОВЗ – его объективная включенность в группу и деятельность здорового большинства; внутренняя – его отношение к инклюзии: как «включающегося» *де-факто* или «включаемого» *де-юре*. Психологические различия этих «действительной» и «страдательной» позиций прослеживаются в комплексе критериев (наличие / отсутствие и степень выраженности):

- чувство включенности и причастности, личностная и социальная активность, широкие коммуникации и эмоциональный контакт с социумом;
- функциональная грамотность: возможности социальной адаптации и развития, социальный опыт и умение им пользоваться, компетентность;
- психологическая защищенность, ощущение независимости, внутренний локус контроля, реалистичность притязаний;
- позитивная самоидентификация, высокая адекватная самооценка и уровень самоуважения, удовлетворенность настоящим и уверенность в будущем;
- способность определять и переопределять свои жизненные ситуации и трудности, свою и чужую ответственность, адекватность копинг-стратегий.



Одним из ключевых признаков, дифференцирующих «включающегося» и «включаемого», является характер детерминации их поведения [23]. «Включающийся» самодетерминирован, внутренне мотивирован к преобразованиям мира и самого себя, автономен, способен контролировать воздействия извне и изнутри и изменять свой образ жизни и идентичность. Все это позволяет ему делать выбор между социальной инклюзией или эксклюзией и регулировать их объем и качество. «Включаемый» — объект внешних или внутренних воздействий. Его индетерминация («жизнь по течению», подчиненность случаю, эмоциям) или несамодетерминация (автоматическое, ригидное поведение, созависимость, иждивенчество, «вручение себя», механистическая солидарность) избавляют от необходимости саморегуляции и личной ответственности, исключая саму возможность выбора.

Ситуация ОВЗ или инвалидности длительна, неизбежна, интенсивна, неподконтрольна, вследствие чего характер и успешность социальной инклюзии связаны с работой ресурсов личности. Ценностно-смысловые ресурсы устойчивости дают человеку чувство опоры и уверенности в себе, устойчивую самооценку и внутреннее право на активность и принятие решений. Ресурсы саморегуляции (каузальные ориентации, локус контроля, ориентация на действие, самоэффективность, склонность к риску, рефлексия, временная перспектива, посттравматический личностный рост) делают для человека с ОВЗ возможным выбор из ряда альтернатив конгруэнтных, аутентичных и гибких стратегий и способов социальной инклюзии / эксклюзии [11].

Выбор позиции «*невключающегося*» определяется многими факторами: тяжестью и длительностью ОВЗ, степенью ограничений жизнедеятельности, внутренними картинками здоровья / болезни / дефекта, типом личности, отношением к данному заболеванию в референтной группе, смыслом инвалидности для самого человека (безвыходная или ресурсоемкая ситуация [11]) и т. д.

Треть опрошенных в разных регионах РФ инвалидов — «противники» интеграции. Большинство из них жалуются на субъективный опыт пренебрежения со стороны здоровых, психологический дискомфорт, низкие доходы, плохие бытовые условия. Они обычно пессимистично оценивают свое здоровье, не удовлетворены качеством жизни, обстановкой, отношением окружающих и больше ориентированы на материальное благосостояние [7]. Неустойчивость позитивной идентичности лиц с ОВЗ может быть одной из причин и нежелания включаться в социальные отношения, и трудностей самореализации.

Еще шире представлены негативно-парадоксальные позиции в адаптации инвалидов к своему положению [7]. Заниженная самооценка и отсутствие желания самостоятельно изменить жизнь к лучшему объединяют пассивно-негативную неудовлетворенность ситуацией (с подозрительностью к окружающим, тревожностью, катастрофическими установками) и пассивно-позитивную удовлетворенность при объективно неудовлетворительном положении. Инвалиды с активно-негативной позицией не отрицают желания улучшить свою жизнь, но ничего для этого не предпринимают, ссылаясь на субъективные и объективные обстоятельства.



«Невключаемость» может быть результатом не только устройства общества, но и позиций личности (см. табл.), свойства которой формируются прижизненно и под влиянием ряда факторов, специфичных для ситуации ОВЗ, могут искажаться.

В анализе искажений персонотенеза человека с ОВЗ выделяется прежде всего депривация: первичная сенсорная и коммуникативная (при недостатках сенсорной, двигательной сфер и речи), вторичная коммуникативная (трудности общения и формирования его пространства), эмоциональная (при негативной личностной реакции близких), социальная (из-за изоляции в интернатных или лечебных заведениях). Результатом являются «депривационные повреждения» — бедные, однообразные, слабо структурированные, малоустойчивые, плохо упорядоченные картина мира и Я-концепция. Сочетаясь друг с другом, формы депривации создают «депривационную ситуацию», или «особые условия» развития личности — специфический динамический комплекс биологических и социальных условий жизненной среды и психофизиологических и психосоциальных характеристик человека, требующий повышенного уровня затрат ресурсов личности для социализации, развития и самореализации [8].

Повышенная психическая травматизация детей и подростков с ОВЗ обуславливает их однотипные эмоционально-волевые нарушения и более высокий риск характерологических и личностных дисгармоний, патологических дефицитарных типов личности — тормозимого, истероидного, неустойчивого, диспропорционального [9]. Преобладание тех или иных асоциальных черт (псевдоаутистических, эгоистических, истерических, неумения и нежелания преодолевать трудности, импульсивности, суггестивности, парциального инфантилизма, личностной незрелости и др.) предопределяет вынужденную или добровольную эксклюзию человека.

Распространенная у лиц с ОВЗ диссоциабельность представляет собой сложное личностное образование: нарушения социальной перцепции других людей (с их достоинствами, недостатками, проблемами, нюансами взаимоотношений), дефицит социального опыта и компетенций сочетаются с искажением Я-концепции, не критичностью к собственным установкам и жалостью к себе, комплексом малоценности, тревожностью, пессимизмом и т. п.

Попыткой псевдокомпенсации и псевдоинклюзии выступают иждивенческие или рентные поведенческие стратегии лиц с ОВЗ — подавление социально значимых мотивов и готовность к получению материальной или моральной выгоды из своих страданий и беспомощности вплоть до их утрированной демонстрации, симуляции, агравации. Формированию таких утилитарных установок способствует получение необоснованной помощи и поддержки со стороны окружения. Так, по данным экспертов, из способных к трудовой деятельности двух третей всех инвалидов работают не более 11 %, отсутствие же трудовой мотивации объясняется ориентацией на получение льгот и пособий [7]. Субъективно завышенные ожидания и настойчивые требования гиперопеки и компенсаций ОВЗ чаще всего вступают в конфликт с реальностью.



Итак, «депривационные повреждения», дефицитарность личности, диссоциабельность, рентные установки, отражая интегрированное влияние биологических, психологических, социально-психологических факторов, характеризуют «невключающихся», активно-агрессивная или пассивная оппозиция которых обществу делает попытки их социальной инклюзии малоэффективными.

Активно-позитивная позиция инвалида в отношении своего положения, стремление найти самостоятельный выход из сложившейся ситуации и жить независимой жизнью встречается значительно реже и не всегда принимается здоровым большинством. В этом аспекте показательно обращение Н. Кюнка в Декларации независимости инвалида [10] к «здоровому» обществу с призывом не рассматривать его как пациента, а инвалидность как проблему. Просьбы о поддержке сопровождают условия: не помогайте мне, когда я в этом не нуждаюсь, и будьте союзниками в борьбе против тех, кто пользуется мною для собственного удовлетворения. И уже не просьбы, а требования: не старайтесь изменить меня — у вас нет на это права; не пытайтесь руководить мною — я имею право на собственную жизнь, как любая личность; не учите меня быть покорным, смиренным и вежливым; не делайте мне одолжений.

Активисты Движения за независимую жизнь инвалидов требуют передать всю власть в этом движении в руки самих инвалидов для развенчания мифа об их беспомощности и безнадежности и поддерживает существующий в Германии принцип запрета не-инвалидам участвовать в движении за права инвалидов [27].

За этой скрытой враждебностью и непримиримостью инвалидов к патернализму «здорового большинства» лежит, очевидно, не только субъективный опыт унижения, но и внутренние конфликты, связанные с ОВЗ, депривация базовых социальных потребностей и суверенности человека, отношение к ОВЗ как к вызову, специфика социальной идентичности.

Опыт отношений человека с ОВЗ с миром и самим собой и преобразований мира и себя складывается и осмысливается на фоне затяжного конфликта «хочу» и «могу» — полноценных потребностей и ограниченных возможностей их реализации. Высокие самооценка и уровень притязаний в сочетании с экстернальным локусом контроля и защитными механизмами рационализации и реактивных образований провоцируют у человека с ОВЗ доминантность, подозрительность, нереалистичность его картины будущего [18], что объясняет активную неудовлетворенность своим положением, агрессивность и добровольность социальной эксклюзии.

Неудовлетворенность базовых потребностей человека в автономии, компетенции и принадлежности приводит к невозможности контролировать социальную реальность и к обрыву социальных связей. При этом чем больше социальных ролей отвергает сам человек, тем менее удовлетворены его потребности в автономии и принадлежности [19].

Суверенность личности как ее способность регулировать границы Я в поддержании баланса потребностей своих и других людей положи-



тельно коррелирует с верой в справедливый мир, с доверием себе, с мотивами кооперации, социального порядка, самоограничения, стремления не причинять вред другим людям [13]. И наоборот, депривированная суверенность с подчинением обстоятельствам и воле других людей, травмированная пренебрежением потребностями человека, или сверхсуверенность — псевдокомпенсаторный ответ на избыточно депривационные воздействия извне — ассоциируются с ослаблением, редукцией, разрывом социальных связей.

Самоидентификация и интерпретации человеком вызовов ОВЗ прямо связаны. Расценивая «вызов инвалидности» как проблему, человек идентифицирует себя с категорией нуждающихся в социальной поддержке, самостигматизируется и самоинвалидизируется. Человек, видящий в инвалидности задачу, трансформирует травму в конструктивный ресурс, выстраивает соответствующую систему саморегуляции и стремится больше опираться на себя и собственные действия [11; 12]. Задача самоидентификации и проблема ее гибкости сами могут становиться источником конфликтов, однако переосмыслить ситуацию ОВЗ и отношения с миром можно только сменив позицию жертвы на позицию субъекта, способного помогать другим.

Выводы

Итак, если теоретические концепты социально-экономического, правового, медицинского подходов объективируют идеи социальной интеграции / инклюзии лиц с ОВЗ, то результаты социологических и психологических эмпирических исследований субъективируют и корректируют эти идеи. Интегративный анализ и синтез теорий и фактов приводит к ряду выводов.

Смена концепций социальной интеграции / инклюзии лиц с ОВЗ отражает социально-политический тренд, состоящий в смене навязывания однородности, характерной для тоталитарного общества, столь же обязательным разнообразием / равноправием. Любая неопределенность подразумевает необходимость преобразования социальной идентичности членов общества соответственно меняющимся смыслам его объединения. Их последовательная девальвация заложена в неразрешимом противоречии между уникальностью личности человека с ОВЗ и его ситуации, с одной стороны, и унифицированными и внешними для него методами и средствами предлагаемой ему социальной политики и практик — с другой.

Ответственность за проблемы и незавершенность сменявших друг друга концепций нормализации, интеграции, инклюзии лиц с ОВЗ в очередной раз возлагается исключительно на несовершенное общество, в которое, вопреки логике, должны быть инклюзированы «жертвы» ОВЗ, трудной ситуации, дискриминации или депривации. При этом игнорируется объективность социальной эксклюзии как формы организации общества, его внутреннего иерархического разделения на страты с разными жизненными шансами и стилем жизни.

Человек имеет право выбора — быть «включаемым», «включающимся» или «невключающимся» — и в толерантном обществе должен



иметь возможность этому выбору следовать. Социально-компромиссное параллельное сосуществование разных моделей интеграции (модели инвалида и модели независимой жизни) способно сгладить оппозицию безличного государственного подхода к проблеме интеграции и инклюзии лиц с ОВЗ и права человека быть субъектом собственной жизни.

Социальная самоидентификация и судьба лиц с ОВЗ как «включаемых», «включающихся», «невключающихся» в общество зависит не столько от условий социальной системы и окружающей среды, сколько от интерпретации человеком своей ситуации и его выбора. Их основой служат *диспозиции особых условий развития личности* (наличие и степень выраженности «депривационных повреждений», дефицитарности личности, диссоциальности, депривации социальных потребностей и суверенности) и *личностные диспозиции* (самоидентификация и ее устойчивость, интерпретация вызовов ОВЗ, внутренние конфликты, личностные ресурсы, характер детерминации поведения, выбор способа бытия-в-мире, рентные установки). Взаимодействие и взаимовлияние диспозиций личности и интерпретации ею ситуации ОВЗ определяют выбор ею способа жизни: вынужденности, добровольности или смешанного характера инклюзии или эксклюзии.

Список литературы

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. М., 1991.
2. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М., 2015.
3. Астojаиц М. С., Россихина И. Г. Социальная инклюзия: попытка концептуализации и операционализации понятия // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. 2009. №12. С. 51–58.
4. Афонькина Ю. А. Социальная инклюзия лиц с инвалидностью и проблема человеческого достоинства // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2015. №11 (55). С. 149–162.
5. Бауман З. Текущая современность. СПб., 2008.
6. Выготский Л. С. Основы дефектологии. СПб., 2003.
7. Интеграция инвалидов в обществе // Disability: первый российский интернет-портал для инвалидов. URL: <http://www.disability.ru/story/show.php?id=4973> (дата обращения: 10.07.2018).
8. Калашишникова С. А. Человек с ограниченными возможностями здоровья: психосинергетический подход к проблеме развития личности в особых условиях // Гуманитарный вектор. 2013. №1 (33). С. 172–179.
9. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1995.
10. К независимой жизни : пособие для инвалидов. М., 2000.
11. Лебедева А. А. Качество жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья: от средового подхода к личностному // Культурно-историческая психология. 2012. №1. С. 83–91.
12. Леонтьев Д. А., Александрова Л. А. Вызов инвалидности: от проблемы к задаче // 3-я Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: материалы сообщений / под ред. Д. А. Леонтьева. М., 2010. С. 114–120.
13. Нартова-Бочавер С. К. Психология суверенности: десять лет спустя. М., 2017.



14. *Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности: коллективная монография / под ред. Е. Здравомысловой, А. Роткирх, А. Темкиной.* СПб., 2009.
15. *Погам С.* Исключение: социальная инструментализация и результаты исследования // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. Т. 2. С. 140–156.
16. *Поддубная Е. Н.* Рабочая программа учебной дисциплины «Деонтология в социальной работе». М., 2014.
17. *Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р.* Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов, 2006.
18. *Сидорчик С. В.* Психолого-акмеологический подход к проблеме здоровья и создания здоровьесберегающей среды // Мир психологии. 2007. №2 (50). С. 128–140.
19. *Суворова И. Ю.* Социальная эксклюзия как социально-психологический феномен // Социальная психология и общество. 2014. Т. 5. №4. С. 29–43.
20. *Тихонова Н. Е.* Феномен социальной эксклюзии в условиях России // Мир России. 2003. №1. С. 36–84.
21. *Ткаченко В. С.* Медико-социальные основы независимой жизни инвалидов. М., 2012.
22. *Фуко М.* Ненормальные: Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1974–1975 учебном году. СПб., 2005.
23. *Шатовал И. А.* Роль границ Я и не-Я в детерминации поведения в условиях неопределенности // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Сер.: Педагогика, психология. 2017. №3 (30). С. 100–106.
24. *Шкаратан О. И.* Социология неравенства: теория и реальность. М., 2012.
25. *Giddens A.* The Third Way: the Renewal of Social Democracy. Cambridge, 1998.
26. *Power A., Wilson W. J.* Social Exclusion and the Future of Cities. L., 2000.
27. *Reiser R.* Social and medical approaches to disability // Invisible Children. Report of Joint Conference on Children, Image and Disabilities held on March 1, 1995. P. 55–56.
28. *Sen A.* Social Exclusion: Concept, Application and Scrutiny. Manila, 2000.

Об авторе

Ирина Анатольевна Шаповал – д-р пед. наук, проф., Оренбургский государственный педагогический университет, Россия.

E-mail: irinashapoval@yandex.ru

The author

Dr Irina A. Shapoval, Professor, Orenburg State Pedagogical University, Russia.

E-mail: irinashapoval@yandex.ru