

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ
И НАУКИ РФ



Научный
журнал



Вестник

МОСКОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
ГУМАНИТАРНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО
ИНСТИТУТА

2
2012

**Министерство образования и науки
Российской Федерации**

Научный журнал

•—————•
Издается с 2002 года

ВЕСТНИК

**Московского государственного
гуманитарно-экономического института**

**№ 2
2012**

ВЕСТНИК

Московского государственного
гуманитарно-экономического института

Выпускается ежеквартально

Главный редактор — Вагиф Дейрушевич Байрамов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Волков Ю.Г. – *председатель*, доктор философских наук, профессор, директор Института по переподготовке и повышению квалификации Южного федерального университета, заслуженный деятель науки РФ (Ростов-на-Дону, Россия);

Акперов И.Г. – кандидат технических наук, доктор экономических наук, профессор, ректор НОУ ВПО «Институт управления, бизнеса и права» (г. Ростов-на-Дону, Россия);

Балбеко А.М. – доктор педагогических наук, профессор, директор Межотраслевого института профессиональной переподготовки специалистов (Москва, Россия);

Горшков М.К. – доктор философских наук, профессор, академик РАН, директор Института социологии РАН (Москва, Россия);

Даливеля О.В. – кандидат биологических наук, доцент, заведующий кафедрой тифлопедагогики Белорусского государственного педагогического университета им. Максима Танка (г. Минск, Беларусь);

Драгункина З.Ф. – представитель Московской городской думы в Совете Федерации Федерального Собрания РФ (Москва, Россия);

Йоле Станишич – общественный деятель, поэт, критик, публицист (г. Подгорица, Черногория);

Кольченко Е.О. – кандидат технических наук, доцент, проректор по научной работе Открытого международного университета развития человека «Украина» (г. Киев, Украина);

Ломакин-Румянцев А.В. – депутат Государственной думы Федерального Собрания РФ, председатель Всероссийского общества инвалидов, член Совета по делам инвалидов при Президенте РФ (Москва, Россия);

Маршак А.Л. – доктор философских наук, профессор, главный научный сотрудник сектора социологии культуры Института социологии РАН, член редколлегии журналов «Власть» и «Общество и право» (Москва, Россия);

Ницевич В.Ф. – доктор политических наук, профессор, ректор ГОУ ВПО «Орловская региональная академия государственной службы» (Орёл, Россия);

Петренко В.А. – доктор педагогических наук, член Комитета Совета Федерации Федерального Собрания РФ по социальной политике Россия (Москва, Россия);

Сидоров Н.И. – доктор экономических наук, профессор, заведующий кафедрой менеджмента в социальной сфере Института управления и предпринимательства в социальной сфере ФГБОУ ВПО «Государственный университет управления» (Москва, Россия);

Смолин О.Н. – доктор философских наук, профессор, член-корреспондент РАО, первый заместитель председателя Комитета по образованию Государственной думы Федерального собрания РФ, президент общества «Знание» России; председатель Общероссийского движения «Образование – для всех»; первый вице-президент Паралимпийского комитета РФ (Москва, Россия);

Тахмазов Р.Ф. – доктор медицинских наук, профессор Азербайджанского медицинского университета (г. Баку, Азербайджан);

Чернявский А.Г. – доктор юридических наук, профессор, заведующий кафедрой государственно-правовых дисциплин негосударственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Московский институт государственного управления и права» (Москва, Россия).

ВЕСТНИК

Московского государственного
гуманитарно-экономического института
№ 2' 2012

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

- Байрамов В.Д. – главный редактор, доктор социологических наук, профессор;
Крухмалев А.Е. – заместитель главного редактора, доктор философских наук,
профессор;
Егоров О.Г. – заместитель главного редактора, доктор филологических наук;
Михайлова Л.А. – ответственный секретарь, кандидат экономических наук.

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

- Абушов Р.И. – кандидат юридических наук, доцент;
Айдарова Г.П. – кандидат педагогических наук, доцент;
Белозерцева Н.В. – кандидат педагогических наук;
Герасимов А.В. – доктор философских наук, профессор;
Глотова Е.Л. – кандидат исторических наук, доцент;
Журавлев Г.Т. – доктор философских наук, доктор экономических наук,
профессор;
Кириллов П.В. – доктор исторических наук, профессор;
Кулагин А.С. – доктор философских наук, профессор;
Пономарева Г.Т. – кандидат технических наук, профессор;
Тюрин А.В. – кандидат психологических наук.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

107150 г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.49,

Редакция журнала «Вестник Московского государственного гуманитарно-экономического
института»

Телефоны: (499) 160-92-00; (499) 748-32-36. Факс: (499) 160-22-05.

Номер свидетельства о регистрации средства массовой информации

ПИ № ФС77-49675 от 05 мая 2012 г. ISSN 2304-6384

Интернет: www.mgsi.ru, e-mail: RIO-mggei@yandex.ru

ВЕСТНИК

Московского государственного
гуманитарно-экономического института

№ 2' 2012

Технический редактор

и верстка

Редактор

Корректор

Дизайн обложки

- К.А. Антонов

- Ю.Ф. Кравчинская

- Ю.Ф. Кравчинская

- О.В. Нефагина

Подписано в печать 06.06.12. Формат 70x108^{1/16}.

Бумага офсетная. Гарнитура *Times New Roman*.

Печ. лист 6. Тираж 1000 экз. Заказ № 38.

Московский государственный гуманитарно-
экономический институт (МГГЭИ)

107150, Москва, ул. Лосиноостровская, д. 49.

Отпечатано в типографии МГГЭИ.

VESTNIK

OF MOSCOW STATE INSTITUTE OF HUMANITIES AND ECONOMICS

Issued quarterly

Editor-in-chief: Vagif Deirushevich Bairamov

EDITORIAL COUNCIL:

Chairperson: Volkov Ju. G., Doctor of Philosophy, Professor, Principal of the Institute for Retraining and Advanced Training (Southern Federal University), Honoured Science Worker of the RF (Rostov-on-Don, Russia);

Akperov I.G. – PhD of Technics, Doctor of Economics, Professor, Principal of the Institute of Management, Business and Law (Rostov-on-Don, Russia);

Balbeko A.M. – Doctor of Pedagogics, Professor, Principal of the Intersectoral Institute of Professional Retraining (Moscow, Russia);

Chernyavskij A.G. – Doctor of Law, Professor, head of the department of State Legal Disciplines, Moscow Institute of State Management and Law (Moscow, Russia);

Gorshkov M.K. – Doctor of Philosophy, Professor, Academician of RAS, Principal of the Institute of Sociology of RAS (Moscow, Russia);

Dalivelya O.V. – PhD of Biology, Associate Professor, Head of the Department of Methods of Teaching of the Blind (Maxim Tank Byelorussian State Pedagogical University, Minsk);

Dragunkina Z.F. – Representative of Moscow Municipal Duma in the Council of the Federation (Russian Federal Assembly) (Moscow, Russia);

Yole Stanishich – public figure, poet, critic, publicist (Podgorica-city, Montenegro);

Kolchenko E.O. – PhD of Technics, Associate Professor, Vice-Chancellor on Scientific Work of the Open International University of Human Development “Ukraine” (Kiev, Ukraine);

Lomakin-Rumyantsev A.V. – Deputy of the State Duma (Russian Federal Assembly), Chairperson of The all-Russian society of disabled people, member of the President’s Council for the Affairs of the Disabled, the RF (Moscow, Russia);

Marshak A.L. – Doctor of Philosophy, Professor, Chief Researcher of Sociology of Culture Sector, Institute of Social Studies of RAS, member of the editorial boards of “Vlast’ (Authority)” and “Obshchestvo i Pravo (Society & Law)” Magazines (Moscow, Russia);

Nitsevich V.F. – Doctor of Political Sciences, Professor, Principal of Orel Regional Academy of State Service (Orel, Russia);

Petrenko V.A. – Doctor of Pedagogics, Member of the Committee on Social Policy in the Council of the Federation (Russian Federal Assembly) (Moscow, Russia);

Sidorov N.I. – Doctor of Economics, Professor, head of the Department of Management in Social Sphere, Institute of Management and Entrepreneurship in Social Sphere (State University of Management) (Moscow, Russia);

Smolin O.N. – Doctor of Philosophy, Professor, Corresponding Member of the RAS, the first Deputy Chairperson of the Committee on Education of the State Duma (Russian Federal Assembly); President of “Znanie” Society (RF), Chairperson of all-Russian movement “Education for everybody”; the First Vice-President of the Paralympics Committee of the Russian Federation (Moscow, Russia);

Takhmazov R.F. – Doctor of Medicine, Professor of Azerbaijan Medical University (Baku, Azerbaijan);

VESTNIK
OF MOSCOW STATE INSTITUTE
OF HUMANITIES AND ECONOMICS
Issue 2' 2012

EDITORIAL BOARD

- Bayramov V.D. – Editor-in-Chief, Doctor of Sociology, Professor;
Krukhmalev A.E. – Deputy Editor-in-Chief, Doctor of Philosophy, Professor;
Egorov O.G. – Deputy Editor-in-Chief, Doctor of Philology;
Mikhailova L.A. – Assistant Editor, PhD of Economics.

EDITORIAL STAFF

- Abushov R.I. – PhD of Law, Associate Professor;
Aidarova G.P. – PhD of Pedagogics, Associate Professor;
Belozertseva N.V. – PhD of Pedagogics;
Gerasimov A.V. – Doctor of Philosophy, Professor;
Glotova E.L. – PhD of History, Associate Professor;
Zhuravlev G.T. – Doctor of Philosophy, Doctor of Economics, Professor;
Kirillov P.V. – Doctor of History, Professor;
Kulagin A.S. – Doctor of Philology, Professor;
Ponomareva G.T. – PhD of Technics, Associate Professor
Turin A.V. – PhD of Psychology.

Editorial Office Address:

Editorial office of “Vestnik of Moscow State Institute of Humanities and Economics”
49, Losinoostrovskaya Street, Moscow, Russia, 107150
Telephones: (499) 160-92-00; (499) 748-32-36
Fax: (499) 160 -22-05
www.mgsgi.ru, e-mail: RIO-mggei@yandex.ru

Содержание

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ	
Конвенция ООН ратифицирована. Что дальше? (<i>Из материалов «круглого стола», проведенного в Государственной думе РФ 3 мая 2012 г.</i>)	10
<i>А.С. Бунина</i>	
Ратификация Конвенции ООН о правах инвалидов: надежды на решение старых проблем	19
ИЗ ИСТОРИИ ИДЕЙ И ПРАКТИК ИНВАЛИДНОСТИ	
<i>А.В. Тюрин</i>	
О некоторых американских моделях социальной инвалидности конца XX — начала XXI в.	22
<i>А.Ю. Гребёнкин</i>	
Отношение к инвалидам в Европе в различные исторические эпохи	27
<i>Ж.Е. Иванова, А.Е. Крухмалев, Л.Б. Кулемина</i>	
Генезис благотворительности в России в аспекте помощи инвалидам (IX–XIX вв.)	31
СОЦИАЛИЗАЦИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ	
<i>О.Г. Егоров</i>	
Студенты-инвалиды в вузе: особенности адаптации	40
<i>Е.В. Воеводина</i>	
Специфика адаптации к вузовской жизни студентов с ограниченными возможностями здоровья	44
ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ	
<i>А.В. Герасимов</i>	
Профессиональное образование людей с ограничениями опорно-двигательной системы в контексте акмеологии	51
<i>Б.Д. Андикян</i>	
Инклюзивное образование: особенности и тенденции развития	56
<i>Л.В. Дегтева, Е.М. Бабанова</i>	
Проблемы профессионального образования и трудоустройства лиц с ОВЗ и инвалидов	62
ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	
<i>В.В. Мелихов, А.В. Быкова</i>	
Атлетическая гимнастика для лиц с нарушениями ОДС	68
<i>Т.А. Некрасова</i>	
Использование телесно-ориентированной терапии и адаптивной физической культуры в реабилитации детей с детским церебральным параличом	73
<i>Э.В. Шаламова</i>	
Деятельность районных управлений социальной защиты населения (РУСЗН) по реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ	78

РЕЦЕНЗИИ. ИНФОРМАЦИЯ. БИБЛИОГРАФИЯ

Социальная защита и реабилитация инвалидов: российское и зарубежное законодательство. Материалы Всероссийской научно-практической конференции (Москва, 8–9 июня 2011 г.) /под общ. ред. О.Н. Смолина. – М.: Логосвос, 2011. – 272 с. (Рецензент <i>Крухмалев А.Е.</i>)	83
Межвузовская научная встреча студентов	85
<i>Н.И. Лосева</i>	
Библиографический указатель литературы по социологии и социальной работе за 2011 г. (<i>Из фондов библиотеки МГГЭИ</i>)	87
SUMMARIES	90
К сведению авторов	93

CONTENTS

NEW OPPORTUNITIES FOR THE DISABLED

- The UN Convention Ratified: What Can We Expect? (*Outcome of round table discussion held in the State Duma of the RF, 3rd May 2012*) 10
A.S. Bunina
The UN Convention on Disability Rights Ratification: Hope to Solve Old Problems ... 19

DISABILITY: FROM THE HISTORY OF IDEAS AND PRACTICES

- A.V. Turin*
Some American Models of Social Disability of Late XX – Early XXI Centuries 22
Ju. A. Grebenkin
The Attitude towards the Disabled in Europe during Different Historical Epochs 27
Zh. E. Ivanova, A.E. Krukhmalev, L.B. Kulemina
Genesis of Charity in Russia as a Form of Aid to the Disabled (IX-XIX centuries) 31

SOCIALIZATION AND SOCIAL ADAPTATION OF DISABLED STUDENTS

- O.G. Egorov*
Disabled Students in Institutions of Higher Education: Adaptation Peculiarities 40
E.V. Voevodina
pecificity of Disabled Students Adaptation to University Life 44

THE DISABLED: EDUCATION PECULIARITIES

- A.V. Gerasimov*
Professional Education of the Disabled in the Context of Acmeology 51
B.D. Andikyan
Inclusive Education: Peculiarities and Progress Trends 56
L.V. Dyogteva, E.M. Babanova
Problems of Professional Education and Job Placement of the Disabled 62

REHABILITATION OF THE DISABLED PROBLEMS

- V.V. Melikhov, A.V. Bykova*
Athletic Gymnastics for the Disabled 68
T.A. Nekrasova
The Use of Body-Oriented Therapy and Adaptive Physical Training in the Process of Rehabilitation of Children with Cerebral Spastic Infantile Paralysis 73
E.V. Shalamova
The Activities of District Social Welfare Authorities Aimed at Rehabilitation of the Disabled 78

REVIEWS. INFORMATION. BIBLIOGRAPHY.

Social Protection and Rehabilitation of the Disabled: Russian and Foreign Law. Materials of the all-Russian scientific-practical conference (Moscow, 8-9 June 2011) /under the editorship of O.N. Smolin. – Moscow. Logosvos, 2011. – 272 p. (Reviewer <i>Krukhmalev A.E.</i>)	83
Interuniversity Scientific Meeting of Students	85
<i>N.I. Loseva</i> Bibliography	87
SUMMARIES	90
For the Attention of Authors	93

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ

КОНВЕНЦИЯ ООН РАТИФИЦИРОВАНА. ЧТО ДАЛЬШЕ?

(Из материалов «круглого стола»,
проведенного в Государственной думе РФ 3 мая 2012 г.)

От редакции. 25 апреля 2012 г. Государственная дума Российской Федерации единогласно ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов. Этому знаменательному событию, затрагивающему интересы миллионов россиян, прежде всего людей с инвалидностью, был посвящен состоявшийся в Госдуме 3 мая 2012 г. «круглый стол» на тему: **«Конвенция ООН о правах инвалидов и российское законодательство: что делать?»**. На нем в духе творческой дискуссии обсуждались вопросы совершенствования российского законодательства в свете новых требований, вызванных ратификацией упомянутой Конвенции, предлагались меры по изменению существующих в нашем обществе устаревших практик в отношении с людьми, имеющими ограниченные возможности здоровья. Вел заседание первый заместитель председателя Комитета по образованию Государственной думы, доктор философских наук, профессор, член-корреспондент РАО, член редакционного совета нашего журнала О.Н. СМОЛИН. Ниже приводятся текст его выступления и фрагменты из выступлений некоторых участников «круглого стола» (материалы даются в адаптированном для письменного изложения виде). Подробнее см.: [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.smolin.ru/duma/commitee/pdf/convention_3.05.2012 (дата обращения: 25.05.2012).

Смолин О.Н. Уважаемые коллеги, благодарю всех, кто пришёл на заседание «круглого стола». Хочу начать с цитаты из приветствия Международного союза организаций инвалидов по поводу принятия Генеральной Ассамблеей Организации Объединённых Наций Конвенции о правах инвалидов: «У 650 миллионов инвалидов, живущих на нашей планете, была мечта, мечта стать равными членами общества, мечта иметь равные с другими права. Эта мечта сбылась». Слова замечательные, но думаю, что Союз организаций инвалидов немного поторопился. Мечта, конечно, не сбылась. Но, быть может, немного приблизилась к своей реализации. Я бы сказал так: свет в конце тоннеля стал немного ближе и ярче.

Государственная дума практически единогласно ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов, и это хорошо. Вместе с тем хочу сказать, что в неявной форме на заседании Госдумы были некоторые дискуссии. Причём они касались фактически ключевого вопроса Конвенции — о понимании инвалидности и определении того, кто же является инвалидом.

М.Б. Терентьев (заместитель председателя Комитета Госдумы по труду, социальной политике и делам ветеранов, генеральный секретарь Паралимпийского комитета России. — *Ред.*) приветствовал то, что мы наконец покончили с медицинским подходом к инвалидности. А.В. Ломакин-Румянцев (депутат Госдумы, председатель Всероссийского общества инвалидов. — *Ред.*), выступая, предостерег от чрезмерных ожиданий от принятия конвенции. Он напомнил, в частности, что Норвегия не торопится ратифицировать Конвенцию, потому что, по мнению норвежских законодателей, в случае её ратификации уровень социальных гарантий для инвалидов, который сейчас существует в Норвегии, может быть даже понижен.

Я предложил бы такой подход: не идеализировать и не ждать автоматических результатов от принятия Конвенции, вносить изменения в законодательство, но при этом попытаться использовать само её принятие как рычаг для того, чтобы преобразовать российское законодательство в лучшую сторону, в частности, в вопросе, который относится к пониманию инвалидности и определению инвалидов.

Напомню, что Конвенция предполагает *социальный подход к инвалидности*. Инвалидность — это некоторые социальные барьеры, которые, соответственно, при отсутствии тех или иных ограничений человек мог бы преодолевать без проблем. Подчеркну, что при определении социальных барьеров мы должны исходить из какого-то объективного основания. И этими объективными основаниями являются именно нарушения функций организма.

В противном случае может возникнуть ситуация, когда государство скажет: хорошо, вот ты слабовидящий, мы тебе дали очки, значит, теперь ты больше не инвалид, в мерах поддержки ты не нуждаешься. Ты, например, колясочник, мы дали тебе коляску, установили пандусы, барьеры преодолены, соответственно, в других мерах социальной поддержки ты не нуждаешься. И так далее.

Как известно, в России с 2005 г. и примерно до 2010 г. возобладал, я бы сказал, примитивно трудовой подход к инвалидности, который, на мой взгляд, гораздо хуже медицинского подхода. Я имею в виду известную историю с принятием федерального закона № 122, где меры поддержки инвалидов определялись в зависимости от степеней ограничения способности к трудовой деятельности. Слава Богу, с этим покончено. Мы ценим понимание, которого удалось добиться с Министерством здравоохранения и социального развития, но остатки этого подхода сохранились в действующем законодательстве на уровне подзаконных актов. В частности, есть приказ Минздравсоцразвития № 1013-н, который в основу определения группы инвалидности кладёт не нарушения функций организма, а разного рода ограничения жизнедеятельности.

Например, люди первой группы с инвалидностью по зрению считаются имеющими первую группу, потому что у них третья степень ограничения способности к ориентации. Между тем сейчас немалое число наиболее продвинутых инвалидов по зрению успешно используют GPS навигаторы для перемещения. Означает ли это, что они перестали быть инвалидами по зрению? Ничуть не бывало. Поэтому социальный подход должен базироваться, с нашей точки зрения, на объективных основаниях. Объективными основаниями являются именно нарушения функций организма. В противном случае опасения некоторых людей по поводу того, что ратификация конвенции может привести к понижению уровня социальной защиты, могут оказаться не вполне беспочвенными.

8 июня 2011 г. мы предложили концепцию внесения изменений в законодательство в связи с тогда ещё предстоящей ратификацией Конвенции о правах инвалидов. Сейчас эта концепция представлена на сайте smolin.ru в новом варианте. На сегодняшнем заседании мы хотим выслушать ваши конкретные предложения по тому, что можно и нужно внести в законодательство в связи с ратификацией Конвенции, потому что у нас впереди большая работа. Минздравсоцразвития в ответ на мой вопрос готовит большой законопроект о внесении изменений в законодательство в связи с ратификацией Конвенции. Возможно, он будет разделен и на отдельные законопроекты. Этим путем шли до настоящего времени. Будет ли это один большой или несколько небольших законопроектов — это отдельная тема. В любом случае нам надо быть готовыми от имени сообщества российских инвалидов вносить предложения для того, чтобы использовать уникальный шанс и хотя бы по ряду позиций, и я на это

надеюсь, добиться серьезного, по возможности радикального, улучшения нашего законодательства и повышения уровня социальной защиты инвалидов.

В связи с этим коснусь *некоторых позиций*, связанных с законодательством.

Право на труд. Конвенция предполагает содействие инвалидам в организации собственного дела, найму инвалидов в государственном секторе, стимулирование занятости инвалидов в частном секторе и так далее. На мой взгляд, проблема *занятости является одной из ключевых*.

По данным Счетной палаты, в 1990-м г. 22% российских инвалидов имели рабочие места. Всероссийское общество слепых, как и Всероссийское общество глухих, выступали спонсорами российского государства, как это ни парадоксально звучит теперь. Ежегодно десятки миллионов рублей, т.е. миллиарды на современные деньги, перечислялись в фонд РСФСР. Помимо этого организации инвалидов участвовали в строительстве специальных школ, больниц, в их оборудовании и т.п. К настоящему времени, как констатировала Счетная палата, доля занятых инвалидов сократилась с 22 до 8%. Если учесть, например, падение в пять раз занятости в обществе слепых, ещё в больших пределах — в обществе глухих, практически в тех же пределах — во Всероссийском обществе инвалидов, то, мне кажется, есть основания для беспокойства.

Что можно было бы сделать по этому поводу?

Позиция первая. Парадокс: мы жалуемся, что у нас слишком мало работающих и слишком много пенсионеров, при этом запрещаем фактически работать инвалидам I группы, которые хотят работать. Группа считается нерабочей. На президентском Совете, где мы обсуждали этот законопроект, было получено обещание, что Минздравсоцразвития будет добиваться регистрации в Минюсте приказа, согласно которому этот запрет, на мой взгляд, абсолютно нелепый, будет снят.

Вторая позиция. Госзаказ. Существуют соответствующие положения, даже преференции в 94-м законе, но практически они не работают. Мы недавно передали соответствующие предложения в президентский Совет по делам инвалидов. Просили передать для инвалидов некоторые виды работ, например, пошивочные работы для государственных нужд, для нужд железной дороги и т.д. Уже это скажется на занятости инвалидов и на поддержке их предприятий.

Третья позиция. Квотирование рабочих мест. Вы, может быть, будете удивлены, но как раз тогда, когда мы испортили наш закон о квотировании зурабовской реформой, например, в Турции был принят закон о квотировании, примерно аналогичный тому, какой был у нас. К сожалению, Минздравсоцразвития предложило вместо квотирования поддержку по 30–50 тысяч рублей предпринимателям, которые создают рабочие места для инвалидов. Но вот рабочее место создано, прошло некоторое время и предприниматель его может закрыть. Поддержка уже получена, обратно не возвращается. Поэтому мы предлагаем вернуться к идее квотирования.

И четвёртая позиция. Налоговый режим. Надо сказать, что на последнем президентском Совете нам удалось добиться скромного сдвига по этой позиции.

Речь идет о следующем. Ещё недавно общественные организации и предприятия инвалидов платили 14% в виде соответствующих отчислений во внебюджетные фонды. В этом году — 20,2%. Если ситуация не изменится, в следующем году — 27,1%. Многие предприятия такого не выдержат. Мы, наконец, в результате упорных дискуссий на президентском Совете получили обещание в следующем году не повышать хотя бы налоговый пресс на предприятия, использующие труд инвалидов.

Медицина. С моей точки зрения, эта статья Конвенции в отличие от многих других прописана наиболее конкретно. В частности, речь идёт о том, что инвалиды должны

получить право на наилучший, как написано, уровень здоровья без дискриминации и в то же время на решение тех проблем, которые связаны именно с инвалидностью. Существует высокий уровень недовольства людей с инвалидностью лекарственным обеспечением — от 80% до 90%. Я бы прибавил к этому, что, к сожалению, принятый Закон «Об основах охраны здоровья граждан» нас не продвинул по этому пути. Доктор Рошаль в одном из интервью сказал: «Я трижды прочитал Закон “Об основах здоровья граждан” и так и не понял, что же будет бесплатно?». Действительно, какой будет государственная программа по медицине, пока однозначно сказать невозможно.

Поэтому с учётом вступающего в силу с 1 июля сего года Федерального закона № 93 об автономных, бюджетных и казённых учреждениях, который нередко называют законом о попытке коммерциализации духа, мы не исключаем возможности ограничения прав на бесплатную медицину и дальнейшее расширение платной. Хотелось бы, чтобы, по крайней мере инвалидов эта чаша миновала.

Право на доступ к информации. Статья 21-я Конвенции предусматривает много положений по данному вопросу, включая поддержку языка жестов, системы Брайля и других языков для наших людей. В этом отношении наши предложения в законодательство заключаются в следующем. Мы предлагаем использовать язык жестов в системе образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами. Специалисты дискутируют по поводу того, в какой мере полезно целиком переводить инвалида по слуху на жестовый язык, в какой мере он должен осваивать умение, что называется, считывать информацию с губ. Мы предлагаем в кинотеатрах и на центральном телевидении не допускать фильмов, не снабжённых субтитрами. Предлагаем также все новостные передачи на центральном телевидении и не менее 30% других передач снабжать сурдопереводом, обеспечивать инвалидов по слуху бесплатными услугами сурдопереводчиков и так далее.

Есть уже практически готовая редакция статьи 14 Закона «О социальной защите инвалидов», которая направлена на поддержку инвалидов по зрению, которых на Западе не зря называют инвалидами по чтению, имея в виду ограничение доступа к информации. В том числе мы полагаем (с учётом международного опыта), что бюджетное финансирование выпуска специальной литературы для инвалидов по зрению должно увеличиться примерно в полтора раза.

Проблемы образования. Конвенция, как и все международные документы, делает акцент на инклюзивном образовании — статья 24. При этом надо иметь в виду, что одновременно утверждается: каждый инвалид должен получать образование в таких условиях, которые обеспечивают в наибольшей степени высокий уровень и качество этого образования. То есть, допускаются в этом смысле достаточно свободные трактовки.

В принципе, в большинстве стран мира, как мы знаем, сосуществуют системы инклюзивного образования и коррекционного образования. Хотел бы заметить, что в современной России мы сейчас наблюдаем нарушения по двум линиям. Одна — отказ принимать инвалидов в обычные учебные заведения. Другая, противоположная, — в целях экономии бюджетных средств расформировывать коррекционные образовательные учреждения, размещать детей в обычных.

Недавно получил письмо. В нем сообщалось, что в одном из регионов предполагается объединить колледж, готовящий связистов, с двумя коррекционными школами (для незрячих и для людей с ментальными проблемами). Не думаю, что от такой интеграции кто-то получит особые преимущества. Скорее всего, это связано с подушевым финансированием и тем, что при нём крупные учебные заведения получают преимущество перед иными.

В заключение подчеркну: ратификация Конвенции должна быть использована по полной программе сообществом людей с инвалидностью и их друзей, я бы так сказал. Мы предварительно обсуждали с Председателем Государственной думы возможность создания при нём Совета по делам инвалидов. Это будет Совет с высоким статусом, отказа мы не получили. Мы предлагаем сохранить Совет по делам инвалидов при Президенте Российской Федерации и имеем шансы. Наконец, мы убеждены, что если Россия ограничится только ратификацией Конвенции, то, конечно, некоторые плюсы от этого инвалиды могут получить. Например, они смогут выигрывать судебные процессы, опираясь напрямую на этот документ, не используя действующее законодательство. *Но ключевым направлением работы должны стать изменения в законодательстве.* В противном случае будет, как на Украине, где ратификация Конвенции не привела к серьёзным изменениям в социальной защите инвалидов, по оценке наших украинских коллег с инвалидностью, напротив, это вызывает даже некоторое разочарование, поскольку с Конвенцией люди связывают большие надежды. Хотелось бы верить, что у нас эти надежды сбудутся.

Кузнецов В.А. — президент Российского союза инвалидов. Наконец-то Конвенция ратифицирована. Я являюсь одновременно и пессимистом, и оптимистом по данному вопросу. Пессимистом — потому что можно законы принять, но мы знаем: в нашей стране «закон, что дышло...» Оптимистом — потому что всё-таки Конвенция — это, так сказать, «флаг»; нам дали его в руки, и если мы будем проявлять активность, то этого будет достаточно, чтобы с этим флагом многого добиться. <...> Хотел бы отметить один важный момент и в принятии законов, и вообще в решении наших проблем. Надо в законодательстве деятельность направлять так, чтобы все наши проблемы мы решали, *идя вперёд, а не назад.* К сожалению, сегодня можно наблюдать, что это не так на примере налоговых льгот предприятиям... Какие предприятия имеют налоговые льготы? Те, в которых инвалиды составляют не менее 50 процентов. <...> И начинаем под это ломать технический прогресс, технологии. Это уже давно устаревшая практика, она вообще изначально была неправильной <...> Предприятия должны получать аккредитацию, льготы, но рабочие места должны создаваться в соответствии с нормальной техникой, технологией, а не пытаться как-то искусственно приспособиться. А инвалидов, скажем, по зрению, на них может быть, и пять, и семь, и десять процентов, но не пятьдесят.

Чепурной А.Г. — председатель Общероссийской организации инвалидов Афганистана. Общероссийские и региональные общественные объединения, включающие ветеранов войн и вооружённых конфликтов, позитивно воспринимают меры по имплементации международных норм Конвенции в отечественное законодательство. <...> В соответствии с нашими национальными интересами определённые категории граждан привлекаются для защиты безопасности и населения, и интересов государства. В этой связи военнослужащие, получившие инвалидность при выполнении служебных обязанностей, подпадают под действие особых по своей правовой природе и смыслу правоотношений, когда государство... выступает как бы субъектом повышенной опасности. Потому что люди исполняют приказы, выполняют задачи с риском для жизни и здоровья. <...> Мы считаем, что в такие базовые законодательные акты, как федеральный закон о социальной защите инвалидов, в первую очередь должны обязательно быть внесены положения и пункты, отражающие интересы именно этой категории граждан, имеющих особые заслуги перед Отечеством.

Нашей организацией внесено более десятка конкретных предложений по изменениям и дополнениям... в связи с подготовкой к ратификации Конвенции. *К сожалению, эти предложения не находят должного понимания* <...> С упорством,

достойным лучшего применения, ... несмотря на поручения высших руководителей государства, органы власти и управления, министерства раз за разом отклоняют все предложения о формировании законодательства, в том числе и по военным инвалидам, инвалидам, имеющим особые заслуги перед Родиной. Имеются в виду и ликвидаторы, и «чернобыльцы», и другие категории граждан. Вопросы касаются рабочих мест, расширения возможностей по реабилитации граждан, совершенствования системы федерального учёта данных категорий инвалидов и так далее.

Терентьев М.Б. — заместитель председателя Комитета Госдумы по труду, социальной политике и делам ветеранов. Когда мы ратифицируем Конвенцию, думаю, очень важно, чтобы каждое министерство, ведомство, правительство в целом понимало, как мы будем её реализовывать. Недавно на состоявшемся Совете по делам инвалидов все коллеги поддержали предложение о необходимости *разработать национальный план реализации Конвенции*, чтобы каждое министерство имело дорожную карту осуществления её положений. Я думаю, что в Совет по делам инвалидов при Председателе Государственной думы обязательно должны войти представители комитетов по транспорту, по образованию, по конституционному и гражданскому строительству, естественно, по труду, социальной политике и делам ветеранов. И посмотреть другие комитеты, которые должны быть задействованы в реализации положений Конвенции ООН о правах инвалидов.

Резцова И.Ю. — руководитель Агентства социальных медиа, главный редактор журнала «Ассоциация PRO». В настоящее время наша организация и журнал активно сотрудничают с коллегами из других стран, — коллегами, которые тоже решают вопросы инвалидов. И мы проводим большое исследование. Отдельные выдержки из него хотела бы сейчас озвучить. Вот, к примеру, материалы из *Новой Зеландии* — государства, одного из авторов Конвенции о защите прав инвалидов. Там — знаковое событие: жестовой язык принят как третий государственный. Это очень важно. И ещё: в этой стране над вопросами об инвалидах работают многие, казалось бы, не связанные между собой ведомства. Теперь о положении в *Великобритании*. Там ситуация в чем-то гораздо плачевнее, чем у нас. Возьмем систему квотирования рабочих мест. У нас она работала до ратификации Конвенции. В Великобритании опыт печальный: система квотирования рабочих мест не сработала. Страна, которая стремится соответствовать европейским стандартам, не может заставить бизнесменов принимать на работу людей. Потому что, во-первых, система наказания у них точно такая же, как и у нас, — в виде штрафов. И, во-вторых, многие бизнесмены там даже не знают, что они обязаны брать на работу людей с инвалидностью. Что интересного в Великобритании, так это то, что здесь (как и в Дании, Италии и Греции) инвалидам не предлагаются определённые профессии, в рамках которых они должны и могут получать образование, а инвалид сам выбирает, какую профессию он хочет осваивать и чему обучаться. Отмечу ещё интересную практику с грантами услуг. Это такая система, при которой, к примеру, проводится небольшой конкурс, по результатам которого выделяется до 20 тыс. фунтов стерлингов на обустройство дома инвалида или перепланировку его жилища.

Добавлю, что в ряде государств, которые ратифицировали Конвенцию, ситуация остаётся плачевной из-за того, что не знают, как помочь людям. В большинстве развивающихся стран, ратифицировавших этот документ, проживают 246 миллионов инвалидов, из них 75 миллионов детей-инвалидов. В *Таиланде*, например, 90% детей-инвалидов не получают даже начального образования, хотя страна ратифицировала Конвенцию. <...> Заслуживает внимания позитивный опыт *Иордании*. Там разработали государственную программу, в рамках которой постоянно обновляется

и составляется карта распределения инвалидов. То есть, выявляется, в каком городе, в каком селении и с какими ограничениями по передвижению и т.п. проживают инвалиды и, соответственно, помощь направляется конкретным людям. Этого, к сожалению, у нас пока нет, но я надеюсь, что в рамках реализации Конвенции такая практика появится.

Мюллер Н.В. — директор Центра обучения инвалидов Санкт-Петербургского государственного инженерно-экономического университета. Я буду говорить не столько о законах, сколько о тех проблемах, которые необходимо решить в свете принятия Конвенции <...> Остановлюсь на профессиональной реабилитации, обучении и трудоустройстве. Мы включились в инклюзивное образование. В Инженерно-экономическом университете инвалиды обучаются в специальных группах. Они поступают сюда по льготе. Но потом начинаются проблемы. Потому что они хуже подготовлены, чем другие студенты. Большинство из них всё время должны приспособиваться либо к травме, либо к заболеванию. Им сложнее учиться в специальных группах. Кто-то справляется, а кто-то заканчивает учебу, но квалификация и уровень знаний его такие, что на работу не берут. И причина этого не в том, что его плохо учили, а в том, что ему очень сложно учиться. Мы обучаем в специальной группе инвалидов дистанционно. И мне кажется, что, пока мы не созрели для настоящего инклюзивного образования, необходимо создание таких групп. Сейчас дистанционное обучение позволяет обучать, имитируя очную форму обучения... И нужно решать проблему взаимодействия социально-реабилитационных центров и высших учебных заведений. Одни обучают, другие реабилитируют.

Хочу сказать, что нет до сих пор достаточно четкой концепции непрерывного образования инвалидов, хотя об этом говорится уже лет 20... Её надо скорее разрабатывать и внедрять с тем, чтобы действительно был переход в образовании со ступени на ступень, как можно более облегчённым. На мой взгляд, нужны бесплатные группы довузовской подготовки для инвалидов. Потому что, как правило, плохо знают русский язык. Необходимы либо, повторю, довузовская подготовка, которая доведет до уровня нормального студента, либо обучение в специальных группах. Кроме того, нужен план: сколько инвалидов и по каким профессиям мы будем каждый год обучать в вузах. И это должно финансироваться государством.

Теперь о работе. Мне кажется, что нужно разрешить работать всем инвалидам, если они намерены работать в такой сфере, где это не влечёт опасности для окружающих. И нужно внедрять дистанционную занятость. Необходимо квотировать не только численность занятых, но делать это и по профессиям.

Смолин О.Н. Приведу короткую справку об инвалидах, занимающих бюджетные места в вузах. Согласно данным Министерства образования и науки двухлетней давности, студенты с инвалидностью составляли 1% от общего числа студентов РФ. Недавно на президентском Совете были озвучены другие данные — 0,3%. Я не думаю, что в три раза сократилось число студентов с инвалидностью, просто, видимо, лучше посчитали... Но не думаю, что 0,3% могут много занять бюджетных мест.

Воловец С.А. — главный врач Центра медико-социальной реабилитации инвалидов Департамента социальной защиты города Москвы. Действующая в настоящее время в России система медико-социальной реабилитации малоэффективна. И в первую очередь потому, что практически все нормативно-правовые и законодательные документы, которые регламентируют сейчас подходы к медико-социальной реабилитации, устарели и морально, и технологически и, вообще-то, относятся к прошлому веку. За исключением статьи 40 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан», принятого 21 ноября 2011 г. (безусловно, это законодательный прорыв).

Какие же *проблемы есть в системе медико-социальной реабилитации*? Учреждения, которые оказывают реабилитационные услуги различной социальной направленности и в здравоохранении, и в социальной защите, и в спорте, и в образовании, работают без достаточной координации своих действий и разрозненно, что, конечно же, резко отрицательно сказывается на эффективности реабилитационного процесса в целом. Не разработаны экономически обоснованные стандарты высокотехнологичной реабилитационной помощи, отсутствует порядок ее оказания. Также отсутствуют образовательные стандарты по обучению и специальной подготовке специалистов-реабилитологов. Крайне медленно в работу структур, которые участвуют в проведении комплексной медико-социальной реабилитации инвалидов, включаются современные информационные технологии. Таким образом, недостатки существующей системы медико-социальной реабилитации носят комплексный характер. Устранить их можно только поэтапным совершенствованием системы. И начать её модернизацию надо именно с создания принципиально новой законодательной нормативной базы. Причем для того, чтобы этот комплекс работал, необходимо очень подробно и детально прописать, вплоть до конкретных регламентов, стандартов, порядков оказания реабилитационной помощи, какими должны быть критерии эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Вторым механизмом совершенствования этой системы могло бы явиться создание региональных базовых многопрофильных *реабилитационных центров как научно-практических и координационно-методических площадок для комплексной реабилитации инвалидов*. Это бы, с одной стороны, позволило сконцентрировать в одном месте высокотехнологичное оборудование и высокопрофессиональные кадры, а с другой, — приблизило бы специализированную помощь к потребителям реабилитационных услуг. Технология оказания этой помощи должна быть, безусловно, многоэтапной — от круглосуточного стационара до отделений реабилитации в нестационарной форме. Обязательно в эту реабилитационную цепочку должны быть включены стационар, замещающий технологию, стационары на дому и дневные стационары.

В структуру центров должны входить помимо отделений медицинской, социальной и психологической реабилитации *культурно-образовательные клубы, секции адаптивных видов спорта, службы психологической и юридической поддержки*. Кроме того, при этих центрах должны быть организованы учебные центры, где желающие могли бы пройти профессиональное тестирование, профессиональную переподготовку и получить диплом государственного образца. Специалисты центра, работающие в области обучения инвалидов, могли бы помочь абитуриенту-инвалиду подготовиться к вступительному экзамену, а самое главное — выбрать интересующее его учебное заведение. Именно такие базовые центры должны формировать единые и региональные регистры пациентов по профилю заболевания, участвовать в разработке нормативно-методических документов по реабилитологии, в подготовке специалистов, создании современных технологий и разработке современного реабилитационного оборудования. И надо сказать, что опыт этот есть, такие центры широко распространены в Англии, Германии, Испании и Франции и, что отрадно, в Москве.

В системе Департамента социальной защиты населения мы организовали такой центр медико-социальной реабилитации инвалидов для *инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата*. Центр стал результатом реализации межотраслевого городского проекта «Год равных возможностей». В его создании приняли участие и органы исполнительной власти (могу сказать, что все департаменты Москвы нам помогали), и социально ответственный бизнес, и благотворительные фонды, и обще-

ственные организации, и частные лица. Ежемесячно в нашем центре проходят реабилитацию порядка 500 человек. И уникальность нашего центра заключается как раз в том, что мы реализуем принципы интегративной терапии. То есть это медицинская помощь по восстановлению утраченных в результате травмы функций, плюс психолого-социальная адаптация в соответствии с личностными устремлениями. Мы занимаемся и профессиональной ориентацией совместно с Департаментом труда и занятости и рядом вузов, на нашей базе осуществляется юридическая поддержка нашим пациентам, пусть не в том объёме и, наверное, не столь профессионально, как бы нам всем хотелось, но начало положено, и в этом направлении мы будем двигаться.

Применение комплексных мер реабилитации позволило добиться положительного *результата практически в 95% случаев*. У нас в стране более 600 реабилитационных центров и они могли бы стать базовыми для проведения таких комплексных мероприятий.

Колосков С.А. — член рабочих групп Комитета по образованию, президент Ассоциации Даун Синдром. Положение, в котором находятся сейчас люди с ментальной инвалидностью, — это реальная несвобода. Это запертость: либо в интернатах, либо в своих домах. Это невозможность выбора образовательного учреждения, сужение контактов с обычными детьми или с обычными людьми. И об этом говорят 160 тысяч детей в интернатных учреждениях с ментальными проблемами образования и социальной защиты, 120 тысяч в психоневрологических интернатах. У нас 35 тысяч человек лишаются дееспособности каждый год, их общее число около 800 тысяч.

Что является причиной такого положения? Это, в принципе, состояние гражданского законодательства, в том числе — Гражданского кодекса. Поэтому мне кажется, что надо, прежде всего, поставить цель: определить тот перечень законов, которые регулируют социальную сферу в нашей стране, понять, что именно такие основные законы, как закон об образовании, о социальном обслуживании, закон об опеке и попечительстве, законодательство о здравоохранении, упомянутый Гражданский кодекс, — все эти акты нуждаются в существенном изменении для того, чтобы слова «свобода лучше, чем несвобода», стали реальностью для людей с ментальной инвалидностью.

Например, применительно к закону об образовании — поставить чёткую цель, чтобы его нормы содержали механизмы, которые позволяют детям, в силу ограничения здоровья не имеющим возможности осваивать общую программу, учиться рядом с обычными детьми. При этом их степень инклюзивности обучения совместно с обычными детьми варьировалась бы в зависимости от различных условий. Такая задача должна быть поставлена с указанием конкретных сроков её решения.

О проблеме интернатов для детей с инвалидностью, которая перемежается с другой ключевой проблемой — социального сиротства. Отсутствие в законодательстве, в частности, в законе об опеке, таких норм, которые позволяли бы разделять ответственность за ребёнка, передаваемого в семью, между семьёй и внешним учреждением, — это принципиальный вопрос, который был решён негативно в 2006 г., когда принимался закон об опеке. Он сопряжён с Гражданским кодексом, и необходимо прийти к тому пониманию, что такая норма должна быть изменена.

И последнее. Я был участником, в частности, рабочей группы, которая редактировала русский текст Конвенции перед тем, как он был принят. И вы знаете, статья 19, которая сейчас гласит, что инвалиды имеют право жить в обычных местах проживания, совсем незадолго до ратификации выглядела так: «Инвалиды имеют право жить в своих общинах». Вот сейчас инвалиды у нас живут в своих общинах. Конечно, на бумаге было довольно легко вместо «своих общин» написать «в обычных местах проживания». Так давайте сделаем практические шаги, чтобы это было осуществлено на самом деле.

РАТИФИКАЦИЯ КОНВЕНЦИИ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ: НАДЕЖДЫ НА РЕШЕНИЕ СТАРЫХ ПРОБЛЕМ*

БУНИНА Анастасия Сергеевна — студентка 2-го курса юридического факультета МГГЭИ.

Аннотация. Рассматривается вопрос о претворении в жизнь требований ратифицированной в России Конвенции ООН о правах инвалидов как необходимого условия для улучшения положения людей с инвалидностью.

Ключевые слова: Конвенция ООН о правах инвалидов, социальная защита, здоровье, медицина, реабилитация, трудоустройство.

Инвалидность — это не только страдания одного ограниченного в возможностях человека, хотя рядом с ним борются, любят, страдают, бьются за его жизнь и здоровье близкие ему люди. Иногда кажется, что сил уже нет, терпение уже иссякло. Те, на долю которых выпала подобная участь, хорошо знают, как хочется иногда отвернуться лицом к стенке и не шевелиться, ничего и никого не видеть, ни с кем не общаться. Но силы возвращаются, когда они начинают понимать, что, кроме них самих и близких им людей, больше просто не на кого надеяться и не от кого ждать помощи. Ратификация Конвенции ООН о правах инвалидов вселила в сердца этих людей надежду, что такой опорой сможет в будущем стать наше государство. Это, безусловно, своеобразный «прорыв», шаг вперёд. Это надежда миллионов людей на достойный уровень жизни, на возможность беспрепятственного передвижения, на получение образования, на достойную работу в любом уголке нашей страны. То есть возможность быть полноценным членом общества, почувствовать себя таковым, несмотря на ограничения здоровья. Философия Конвенции в том, что жизнь всего общества должна быть организована с учётом потребностей и особенностей самих инвалидов. Но пока это теория. Россия (как на уровне сознания людей, так и на уровне законодательства) пока очень далека от тех требований, которые выдвигаются Конвенцией. Проиллюстрируем это на ряде примеров.

1. В ст. 20 Конвенции о правах инвалидов говорится, о том, что Государства-участники принимают эффективные меры для обеспечения индивидуальной мобильности инвалидов с максимально возможной степенью их самостоятельности. Это международное требование. Как оно реализуется в России? В 2011 г. по распоряжению Правительства РФ в Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в РФ» были внесены изменения: в частности, в ст. 11 отменили компенсации за приобретение инвалидами средств технической реабилитации. Предусматривается, что в случае, если инвалид покупает для себя средства реабилитации самостоятельно, государство компенсирует ему эти затраты в сумме не более стоимости определенного для него по ИПР технического средства реабилитации и услуги, предоставляемых в порядке, который устанавливает Правительство РФ, Фонд социального страхования, а также другие организации соответствующего профиля. Коляску по ИПР можно получить 1 раз в 2 года. Я езжу на отечественной коляске, покупала её сама, это уже 3-я коляска за минувшие 1,5 года. Купить хорошую отечественную коляску за ту сумму, которая определяется ИПР, просто невозможно. То же самое касается автомобилей. Для некоторых машина — это возможность работать и учиться, вести нормальный

* Научный руководитель — Е.Л. Глотова, кандидат исторических наук, доцент МГГЭИ.

образ жизни, однако в законодательстве не предусмотрено льгот на её приобретение. Решением этой проблемы могут стать долгосрочные субсидированные кредиты на те технические средства, которые требуются инвалиду, в том числе на автотранспорт, на отдельные отечественные автомобили.

2. В ст. 25 Конвенции о правах инвалидов говорится: «Государства-участники признают, что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности, принимают все надлежащие меры для обеспечения доступа инвалидов к услугам в сфере здравоохранения, учитывающим гендерную специфику, к реабилитации по состоянию здоровья». И на фоне этого очень странно выглядит приказ Минздравсоцразвития России от 31 декабря 2010 г., в частности приложение № 4, из которого следует, что квоту на бесплатную реабилитацию могут получить только те инвалиды с травмами позвоночника и головного мозга, у которых травма произошла совсем недавно (до 1 года). Возникает вопрос: а что делать остальным? Лежать дома и ждать конца своей жизни? Могу сказать, что некоторым эта реабилитация жизненно необходима. И упомянутый приказ не просто противоречит Конвенции, но нарушает главное право человека, закреплённое в Конституции, — право на жизнь. Проблема равного доступа людей с ограниченными возможностями к современным достижениям медицины стоит очень остро. Ведь и в нашей стране стали создаваться такие центры, которые способны оказать реальную помощь больным. Особенно это касается Москвы и Московской области. Например, в ряде московских медицинских учреждений появились современные роботизированные комплексы «Локомат» (разработка швейцарской фирмы Носома), которые позволяют обучать ходьбе и открывают огромные возможности для двигательной реабилитации. Но для большинства населения, не имеющего московской прописки, квоты на лечение, эта реабилитация недоступна из-за высокой стоимости курса. Да, возможно государственный бюджет не способен оплатить эту реабилитацию всем, но нужно создать такие условия, чтобы у людей хотя бы был шанс на это в виде расрочек и кредитов.

3. Конвенция о правах инвалидов говорит, что инвалиды имеют равные права на труд и на возможность зарабатывать себе на жизнь. Государства обязаны запретить дискриминацию в области занятости, содействовать инвалидам в области индивидуально-трудовой деятельности, предпринимательства и организации собственного дела, найму инвалидов в государственном секторе, стимулированию занятости инвалидов в частном секторе и обеспечению инвалидам разумных удобств на рабочем месте. В России проблемы трудоустройства начинаются на стадии освидетельствования на инвалидность. Изменение пенсионной системы, когда трудовая пенсия назначается не на основании группы инвалидности, а исходя из степени ограничения способности к трудовой деятельности, оставляет многих людей с инвалидностью за пределами государственных программ по трудоустройству. Для тех, кому определена третья степень ограничения способности к трудовой деятельности в соответствии с Постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации (3-я степень означает нетрудоспособность), уже автоматически закрыт путь к трудоустройству. Причём для инвалидов с такой записью в документах нет возможности решать проблемы трудовой занятости не только через государственные организации (ни один территориальный центр занятости не будет с ними работать), но и трудоустроившись самостоятельно. Любая организация, взяв на работу инвалида с третьей степенью ограничения способности к трудовой деятельности, нарушает закон.

Часто бывают случаи, когда человек хочет и может работать, и ограничения по инвалидности у него не настолько серьёзные (например, ампутация ноги), но ни-

Ратификация Конвенции ООН о правах инвалидов: надежды на решение старых проблем

кто не может помочь ему в поиске работы, так как медико-социальная экспертиза поставила диагноз «нетрудоспособен». И самое главное — очень трудно взять на себя моральную ответственность и рекомендовать человеку переоформить документы, сменив третью степень ограничения способности к трудовой деятельности на вторую, так как при этом он потеряет значительную сумму в трудовой пенсии по инвалидности и в денежных компенсационных выплатах за утраченные льготы (общая сумма потерь доходит до 1500 рублей). А гарантировать инвалиду, что он будет трудоустроен, никто, в том числе государственные структуры, не может. Но даже если человеку удаётся устроиться на работу, ему тут же сокращают пенсию. По-моему, это не очень стимулирует человека к учёбе, труду и включению в общественную жизнь.

Инвалиды должны стремиться вести активную жизнь, государство не должно наказывать их за то, что они работают и пытаются быть полезными обществу. Нужно установить денежный порог, после которого из пенсии работающего инвалида будут делаться вычеты, а не распространять это правило на любую, даже самую минимальную, зарплату.

Вышесказанное свидетельствует, что после ратификации Конвенции ООН о правах инвалидов необходимо еще провести большую работу по улучшению российского законодательства в части защиты людей с инвалидностью и удовлетворения их специфических жизненных потребностей.

ИЗ ИСТОРИИ ИДЕЙ И ПРАКТИК ИНВАЛИДНОСТИ

А.В. Тюрин

О НЕКОТОРЫХ АМЕРИКАНСКИХ МОДЕЛЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ КОНЦА XX — НАЧАЛА XXI В.

ТЮРИН Александр Владимирович — кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник МГГЭИ (e-mail: spastika@yandex.ru).

Аннотация. Автор, опираясь на анализ американского опыта, выявляет особенности разных парадигм и моделей инвалидности, подчеркивая социальный смысл этого явления.

Ключевые слова: инвалидность, модели инвалидности, парадигмы инвалидности, социальная политика, культура инвалидности.

Термин «модель инвалидности» тесно связан с концепцией социальной политики государства в области инвалидности. Такие модели не являются статичными конструктами. Социальная политика в области инвалидности постоянно трансформируется, потому что фокус ее приоритетов и интересов изменяется во времени. А это означает, что модели инвалидности динамично эволюционируют.

Специалисты выделяют более десяти различных исторических и современных моделей инвалидности, повлиявших или влияющих на социальную политику в области инвалидности. Их условно разделяют на две парадигмы инвалидности — «старую», традиционную, ее еще называют *медицинской*, и «новую», так называемую *социальную* [Е.А. Тарасенко, 2004]. Первая включает в себя модели: моральную (религиозную); медицинскую; экономическую; реабилитационную; модель функциональной ограниченности. Не будем их рассматривать подробно (не они являются предметом данной статьи), отметим лишь следующее. В конечном итоге «старые» модели делают упор на то, что у данного лица (инвалида) лимитировано или отсутствует и что делает его «нетипичным». Религиозная модель акцентирует внимание на неспособности инвалидов к социальной адаптации по моральным основаниям («божье наказание»), медицинская — на нездоровье, экономическая — на неспособности к экономическому труду, модель функциональной ограниченности — на неспособности в широком смысле этого слова. В связи с этим данные модели инвалидности и относят к «старой» парадигме инвалидности, оказавшей воздействие как на определение самой инвалидности и социальное к ней отношение, так и на конструирование национальных концепций социальной политики по отношению к инвалидам. Данные концепции были направлены на то, чтобы создать для этих людей отдельные социальные ниши, не пытаясь полноценно вписать их в социум, что вело, в свою очередь, к созданию барьеров общения между здоровыми членами общества и инвалидами, поощрению пассивного социально-профессионального поведения инвалидов и снижению их статуса на рынке труда. В данной статье рассматриваются некоторые американские социальные модели инвалидности, относящиеся к новой, посттрадиционной парадигме.

Анализ и описание этих моделей можно начать с базовой *психосоциальной модели* инвалидности, вытекающей из учения Гофмана, и в качестве методологической базы использующей социологию символического интеракционизма и постмодернистские

концепции. Эта модель приобрела широкое признание в научном сообществе и стала методологической базой, на основе которой развивались большинство из последующих американских моделей инвалидности: социально-политическая модель инвалидности как группы угнетаемого меньшинства, культурная модель инвалидности, модель человеческого разнообразия.

Гофман рассматривал разрыв между тем, чем человек должен быть — «виртуальной социальной идентичностью», и тем, что он на самом деле собой представляет — «актуальной социальной идентичностью». Любой человек, имеющий разрыв между этими двумя идентичностями, «заклеймен», «стигматизирован». С помощью понятия «стигма» рассматриваются театрализованные взаимодействия между нормальными и заклеяменными людьми, к которым можно отнести и лиц с ограниченными возможностями [Goffman, 1963]. Природа такого взаимодействия зависит от того, к какой из двух категорий принадлежит человек — дискредитированной или дискредитируемой.

Согласно драматургическому подходу Гофмана, инвалидность определяется как результат действия стигмы — неожиданных различий или «нетипичности» [Ярская-Смирнова, 1997]. Таким образом, граница между здоровыми и инвалидами, то есть между «нормой» и «аномалией», является социальной конструкцией. Причем стоит отметить нестатичный характер этой границы, она меняется в двух плоскостях — пространстве и времени. «В силу этого, инвалидность можно понимать не только как физиологическую патологию организма, дефект внешнего вида или поведения человека, но и как социальное определение — стигму, ярлык. Этот ярлык — знание об инвалидности — может приклеить человеку какая-то конкретная социальная система, в которой данное состояние принято считать отклонением от нормы. Получается, что изменив социальное окружение, перейдя в другую социальную группу, можно снять с себя этот ярлык или сменить его на другой, который в меньшей степени будет ограничивать возможности индивида» [Ярская-Смирнова, Наберушкина, 2003].

Поэтому, проанализировав социальные роли и аттитюды в отношении инвалидов, как и их стигматизирующий эффект, необходимо расширить понятие «нормы», включив в нее людей с ограниченными возможностями, сформировать в общественном сознании позитивный образ инвалидности и донести до всех людей [Тарасенко, 2003].

Теоретическая модель угнетения инвалидов, или *социально-политическая модель* инвалидности, была предложена активистом движения инвалидов в США и преподавателем Харланом Ханом [Hahn, 1985]. В качестве теоретического основания были использованы идеи и принципы идеологии прав инвалидов и гражданских прав, получивших мощное развитие в США и Западной Европе начиная с 60–70-х годов прошлого века. В отличие от медицинских моделей инвалидности (или сочетания медицинской, функциональной, реабилитационной и экономической моделей), помещавших проблему инвалидности внутрь пространства человеческого тела, модель Хана является одной из социальных моделей инвалидности. Он рассматривает инвалидов как группу угнетаемого меньшинства в современном обществе и помещает инвалидность внутрь плоскости взаимоотношений между инвалидом и общественными условиями. Специфически инвалидность является результатом неподходящих условий между индивидом и окружающей средой. Согласно данной концепции, инвалидность не стоит рассматривать как нечто присущее индивиду: это следствие инвалидизирующей, не поддерживающей данного индивида окружающей среды. В частности, если окружающая среда предоставляет все ресурсы для выполнения каких-либо задач или иной активности по частному индивидуальному требованию, то для такого индивида уже не существует инвалидности как проблемы.

В социально-политической модели инвалидности как угнетаемого меньшинства есть три базовых постулата: 1) источник большинства проблем, с которыми сталкиваются инвалиды, в первую очередь, является следствием социальных аттитюдов; 2) многие необходимые условия окружающей среды могут быть сформированы благодаря подходящей публичной политике; 3) в конечном счете, в демократическом обществе политика должна не только быть рефлексией распространяемых установок и ценностей, но и активно влиять на их формирование.

Хан считает, что изменение публичной политики, в частности государственной, есть необходимое условие ликвидации несправедливого для инвалидов физического и социального устройства окружающей среды и предотвращения негативных стереотипов, предубеждений в отношении инвалидов. Этот автор соглашается, что, с точки зрения представлений об инвалидах как о меньшинстве, основные ограничения, с которыми они сталкиваются, являются в большей степени результатом действия социальных установок и дискриминации, чем органической патологии. Следовательно, решение проблем инвалидности должно быть внешним, а не внутренним, прежде всего, делом не медицинским, а политическим, целью которого будет осуществление нормативных стандартов равенства и свобод гораздо в большей степени, чем клинических процедур.

Одним из результатов социально-политического определения инвалидности стало развитие способности инвалидов самостоятельно интерпретировать, казалось бы, дискредитирующие атрибуты собственной телесности в терминах политической идентичности. Тем самым инвалиды из объектов становятся динамичными субъектами, акторами социальной политики в области инвалидности. Однако Хан полагал, что движение в защиту прав инвалидов все-таки продолжительное время остается довольно слабым политически. Ученые видят причину низкого общественно-политического участия инвалидов в недостаточно развитых чувствах сплоченности и самоидентификации. Источник же недостатка солидарности лежит, прежде всего, в отсутствии хорошо развитой субкультуры инвалидности.

Отметим, что, став составляющей социального движения инвалидов в США и Великобритании в 1980–1990-х годах, социально-политическая модель инвалидности как группы угнетаемого меньшинства, а также идеи Харлана Хана, Паула Лонгморе, Вика Финкелштейна, Елспета Моррисона, Ирвинга Золы и других исследователей послужили основанием для разработки в тот же период времени *культурной модели* инвалидности. Согласно этой модели, инвалидность можно рассматривать как совершенно особый, отличный от других, культурный феномен. В дискуссиях о культурной модели инвалидности обсуждаются вопросы о том, каким образом социальная идентичность сплачивает людей, как культура и искусство дают возможность людям с ограниченными возможностями не только войти в «мэйнстрим» доминантной культуры, но и создавать собственный позитивный публичный имидж в обществе [Finkelstein, 1993]. Развитие культуры инвалидности дает ее представителям понимание особенностей своей жизни как группы людей с ограниченными возможностями, показывает, что инвалидность приносит особую уникальность и групповую идентичность. Культура инвалидности включает гордость за принадлежность к коллективу, группе, организации, объединяет разных инвалидов вместе, укрепляет их общественную позицию.

Как считал Финкелштейн, идентификация инвалидов предполагает, прежде всего, преодоление их зависимости от иерархии культурных предпочтений господствующих в социуме властных групп, создание особой субкультуры инвалидности, а также осуществление активной культурной интервенции в доминантную на данный момент в обществе культуру.

Исследователи инвалидности писали о наступлении второй фазы в мировом социальном движении инвалидов [Longmore, 1995]. Если в течение последних тридцати лет люди с ограниченными возможностями боролись за равные права, то вторая фаза означает борьбу за *коллективную идентичность*. Приоритетной задачей этой фазы должно стать, прежде всего, создание *культуры инвалидности*, активное участие в культурной жизни собственной страны, необходимое для более полной интеграции в социум, более четкая артикуляция собственных целей и интересов, активное изменение негативных установок общества и самоопределение инвалидов как решающий компонент защиты собственных прав [Putnam, 2001].

Наиболее полно, на наш взгляд, это стремление выражается в трех современных лозунгах американского движения в защиту прав инвалидов, взятых на вооружение мировым движением инвалидов: «Ничего о нас без нас!», «Прославляйте свое отличие!», «Я инвалид, но я горд!»

В рамках *модели человеческого разнообразия* дискуссия об определении инвалидности помещается в смысловое пространство, в котором инвалидность является одной из многих индивидуальных особенностей стиля жизни, свидетельством человеческого разнообразия, разнообразия человеческой телесности без оценочного компонента и построения иерархии нормы и уродства [Caldwell-Cobbert, Fassinger, 1998]. При этом американские исследователи ссылаются, в частности, на труды индийского философа П. Саркара, который доказывает, что телесные различия не должны маскировать нашу человеческую сущность, поскольку все мы произошли из единого источника [Sarkar, 1996]. На уровне нашего физического существования разнообразие является абсолютно естественным условием и нуждается в нашем тотальном принятии вне иерархической констатации различий, то есть без того, чтобы помещать людей с иными характеристиками тела и мышления, отличными от принятой обществом нормы, на более низкую ступень и приклеивать им ярлык патологии. На другом уровне рассмотрения различие является просто идеологической конструкцией, а не реальностью, поскольку все человечество связано между собой. Данная точка зрения нашла и свое юридическое выражение. Например, в Законе США об инвалидах и Билле о правовых действиях от 1993 г. сказано: «Инвалидность является естественной частью человеческого опыта...».

С начала первого десятилетия XXI в. в научном сообществе стали появляться идеи о том, что пришла пора *новейшей парадигмы инвалидности*, по сути, отвергающей понятие инвалидности как таковое. По мнению ряда исследователей, в защиту данного утверждения имеет смысл выделить три базовых критических замечания:

- обсуждение социальных взаимоотношений инвалида и общества ведется в пространстве недугов и заболеваний;
- существуют дуализм, дихотомия «недуг/инвалидность», проявляющиеся в том, что инвалидность моделируется как следствие наличия у индивида заболевания или недуга, разделяя общество на здоровое большинство и «других» (больных и немощных). Очевидно, более разумно следующее сочетание: «доступность окружающей среды/инвалидность», в котором акцент переносится в принципиально иную плоскость;
- при идентификации лиц с ограниченными возможностями инвалидность навязывается им в качестве базовой по отношению к их другим качествам.

Отталкиваясь от этой позиции, определяют несколько возможных траекторий развития представлений об инвалидности и социальной политике. Авторы предполагают, что, если борьба инвалидов за свои права завершится полной победой, — не будет никаких ограничительных барьеров, значит, не будет и ограниченных возможностей. В этом случае отпадет необходимость в особой отличительной идентификации инва-

лидов в отличие от здорового большинства. Возможно, единственным отличием инвалидов станет более активное использование новейших технологий, поэтому некоторые исследователи выдвигают так называемую *техническую модель инвалидности*.

Новейшие парадигмы рассмотрения инвалидности включают в себя и *модель инвалидности как незанятости*. В рамках данной модели в будущем возможна ликвидация понятия «инвалид» и смысловое объединение лиц с ограниченными возможностями с безработными. Это возможно в том случае, если общество ликвидирует ранее упомянутые типы ограничительных барьеров, но в обществе не будут существовать условия для занятости всех инвалидов. В таком случае только часть инвалидов, а именно нетрудоспособные или безработные, будут идентифицироваться как отличные от других групп населения и получать пособия по безработице наряду с другими безработными из одного финансового источника. Возникает более широкая трактовка понятия «безработный» и, что более необычно, новое уникальное смысловое объединение инвалидов и здоровых людей на основании отсутствия трудовой занятости и наполнение новым смыслом категории «безработный». Лица с ограниченными возможностями, имеющие работу, абсолютно ничем не будут отличаться или выделяться от остальных с точки зрения отношения к ним общества.

Рассмотренные кратко социальные модели инвалидности наглядно демонстрируют процесс постепенного переосмысления концепций этого феномена, отказ от стереотипных подходов, попытку рассмотреть возможности оптимальной адаптации инвалидов к социуму как за счет их усилий и переоценки собственного отношения к инвалидности, так и за счет пересмотра отношения общества к инвалидности. Следует отметить: на наш взгляд, ни одна из рассмотренных в статье моделей инвалидности не отражает полностью весь комплекс социальных представлений о природе инвалидности и отношения социума к лицам с ограниченными возможностями, не предлагает законченного и удовлетворительного решения проблемы. И не удивительно, что многие страны, в том числе Россия, сталкиваются со сложностями выбора концепций социальной политики в области инвалидности и частыми неудачами в их реализации.

Однако, как представляется, в последние годы наметился интерес к инновационной концепции гражданских прав, которая базируется на рассмотренной «новой» парадигме социальной инвалидности. Она является *инновационной* в том смысле, что впервые в истории рассматривает инвалидов как равноправных членов общества и акторов социальной политики, выступает как *антидискриминационная*. Эта концепция, положенная в основу социальной политики в области инвалидности, получила распространение на Западе с принятием в 1990 г. в США Закона об инвалидах и ряда других законодательных документов в европейских странах. Некоторые специалисты говорят о конвергенции национальных политик в области инвалидности таких государств, как Великобритания, Мексика, Канада, США, Германия, Австралия, Израиль, Новая Зеландия, Япония и других [Claire, 2002]. Такая социальная политика привлекательна тем, что не только защищает права инвалидов, но и способствует повышению их социального статуса и интеграции в общество. Более того, считается, что необходимо сформировать в общественном сознании позитивный образ инвалидности. Здоровое большинство общества должно изменить свое отношение к инвалидности, расставаясь с дискриминирующими стереотипами и больше общаясь с людьми с ограниченными возможностями.

Список литературы

Тарасенко Е.А. Модели инвалидности (конструирование национальной концепции социальной политики) // Управление здравоохранением. 2003. № 1.

Тарасенко Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции в России // Журнал исследований социальной политики. 2004. Т. 2. № 1.

Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами: учеб. пособие. – Саратов: СГТУ, 2003.

Ярская-Смирнова Е. Социокультурный анализ нетипичности. – Саратов: СГТУ, 1997.

Caldwell-Cobbett A., Fassinger R. Broad of Educational Affairs Task Force on Diversity Issues at the Precollege and Undergraduate Levels of Education in Psychology // Disability as diversity: a guide for class discussion. American Psychological Association. 1998. Vol. 29.

Claire K. Rights on the road: Disability politics in Japan and Germany // UMI ProQuest Digital Dissertations - 2002.

Finkelstein V. Broken Arts and Cultural Repair: the Role of Culture in the Empowerment of Disabled People / V. Finkelstein, E. Morrison // Disabling Barriers – Enabling Environments / J. Swain, V. Finkelstein, S. French, M. Oliver (Eds). Sage Publications Ltd, 1993.

Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. – New York: Prentice-Hall, 1963.

Hah H. Toward a Politics of Disability: Definitions, disciplines, and policies // Social Science Journal. 1985. № 22.

Longmore H. The Second Phase: From Disability Rights to Disability Culture // Disability rag resource, 1995.

Putnam M. Individual Disability Identity: a Beginning Exploration into its Nature, Structure, and Relevance for Political Coalition Building / M. Putnam // UMI ProQuest Digital Dissertations -2001.

Sarka P. Theories of Individual and Social Transformation. Edited by Sohail Inayatulla. – Gurukula Press, 1996.

А.Ю. Гребёнкин

ОТНОШЕНИЕ К ИНВАЛИДАМ В ЕВРОПЕ В РАЗЛИЧНЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭПОХИ

ГРЕБЁНКИН Артем Юрьевич — аспирант МГГЭИ (e-mail: a.grebenkin@yandex.ru).

Аннотация. *Анализируется отношение к людям с физическими и умственными недостатками в Европе различных периодов — от первобытного общества до раннего Средневековья,— а также его отражение в древних обычаях и затем в правовых нормах.*

Ключевые слова: *люди с физическими и умственными недостатками, обычаи, государство, законы, античность, христианство, Средневековье, Западная Европа.*

Истоки отношения к людям с нарушениями здоровья таятся в глубинах архаичных времен. Люди древнего мира следовали неписанным законам — обычаям. В первобытном (доправовом) обществе физически неполноценный соплеменник, тем более хилый от рождения ребенок, близкими отвергался. Подобное отношение, характерное для сообществ с первобытнообщинным укладом жизни, являлось строгой, непререкаемой нормой, обусловленной природной необходимостью. Выживание и дееспособность племени зависели от здоровья и физической силы его членов, каждый новорожденный оказывался лишним ртом, претендующим на ограниченные запасы

пищи, а потому мог быть по воле родителей умерщвлен или оставлен без помощи. Отторжение слабого или увечного ребенка, нежелание родственников заботиться о нем — то, что сегодня у нас вызывает недоумение и неприятие, а в современном законодательстве расценивается как преступление, — на протяжении тысячелетий являлось социальной нормой. Архаичный мир отказывал инвалиду в праве на жизнь.

Что изменилось с появлением античного государства? «Древние правовые обычаи, в значительной степени основывавшиеся на религии, были в VII в. до н.э. заменены расширенными и кодифицированными правовыми нормами, которые заложили основу для господствующего положения закона как позитивного права по сравнению с обычаями и естественной справедливостью» [Антология..., 1994: 453]. Античный языческий мир исповедовал культ тела, физического здоровья, военного искусства, веря в то, что жизнеспособность полиса является производной от физической силы его граждан. По закону только гражданин обладал совокупностью политических, имущественных и иных прав и обязанностей. Численность полноправных граждан в эпоху Античности строго регулировалась законом, например, в Римской империи подобным статусом обладало не более 10% населения метрополии и римских колоний. Гражданские права напрямую связывались с земельной собственностью и обладанием оружием, а потому ребенок-инвалид априори не мог обрести статус гражданина.

Официально суду правовые претензии калеки представлялись столь же нелепыми, как претензии умершего; античный суд приравнивал инвалида к мертвому. Милосердие не входило в перечень моральных ценностей, отторжение калек и уродов признавалось «естественной справедливостью». Исповедуемая античным обществом система ценностей, сохранив традиционное недоброжелательное отношение к калекке, как к неполноценному человеку, как к чужаку, усугубило его положение, признав его опасным для полиса.

Легендарный основатель и первый законодатель Спарты — Ликург предписал убивать младенцев-мальчиков, родившихся хилыми и уродливыми (VIII в. до н.э.), ибо понимал жизнь, как дар. Дети, признанные государством «неполноценными», лишались этого дара по закону. Понимая, что из хилых и болезненных детей невозможно вырастить солдат, законодатель предпочел избавляться от них, как от материала, негодного для строительства военизированного государства. Подчеркнем, что законодатель «заботился» о детях из граждан, т.е. семей принадлежавших к властной элите. В силу определенных причин, названных выше, указ Ликурга оставил без внимания хилых и слабых младенцев-девочек (женщина не могла претендовать на статус гражданина), а также граждан, получивших увечья во взрослом возрасте, — их жизнь продолжала регулироваться обычаями.

Интерес античного государства к людям с умственными и физическими недостатками вновь обострился в V в. до н.э., причиной чему послужила кодификация Римом устаревших правовых актов. Борьба граждан разных сословий (плебеев и патрициев) за представительство во властных структурах и привилегии принудила Сенат законодательно защищать плебеев от злоупотребления патрициев. В результате был принят закон XII таблиц (451–450 гг. до н.э.), который устанавливал политическое равноправие граждан, принадлежавших к разным сословиям. Он стал первым европейским юридическим актом, упоминающим о *правах граждан, получивших увечье и сошедших с ума*.

Весьма важную роль в жизни античной семьи играло завещание. В частности, забота о престарелых родителях и их душах после смерти целиком зависела от наследства, доставшегося детям. В случае отсутствия наследства закон освобождал детей от обязанностей по отношению к родителям. Выбор наследника представлялся

весьма сложным и важным для завещателя, семьи и государства. Вот почему, совершенствуя и детализируя имущественное право, законотворцы предусматривали выяснение правоспособности и правосубъектности наследника. Так возникла необходимость судебного подтверждения *недееспособности* претендента на наследство в силу имевшихся у них физических и умственных недостатков. Внимание римлян к соблюдению частного права обусловило рождение института попечительства и опекуна. Оно устанавливалось над теми, кто из-за длительной болезни или физического недостатка не мог вести свои дела или распоряжаться имуществом, а также над утратившими способность говорить или слышать. Попечителя глухому или слепому назначали городские власти. Со временем слабоумным и слабослышащим тоже назначали попечителей [Феоктистова, 1973].

Отношение к ребенку-инвалиду со стороны античного государства, включая родителей и членов семьи, строилось в согласии с архаичным обычаем — право на жизнь являлось привилегией, дающейся далеко не всем. Это представление было поколеблено в эпоху императора Августа благодаря тому, что в недрах находившейся в зените своего расцвета греко-римской цивилизации возникает иное миропонимание — *христианство*. Оно предложило новые ценности, новый взгляд на немощного человека. Христианство дарует человеку, говоря словами Григория Богослова, «луга добродетелей, на которых произрастает вера, надежда, любовь, страннолюбие, братолюбие, долготерпение, кротость...» Духовные пастыри учили вчерашних язычников любви к дальнему и ближнему, снисхождению к слабым и страждущим. Христос преподавал немало уроков доброты и сострадания к увечным, слепым, глухим, немым, паралитикам, сумасшедшим — ко всем тем, кого язычники отторгали как бесполезных. Христианство предложило относиться ко вчерашним париям, как к людям, находящимся под особой защитой Бога — *убогим* в буквальном смысле этого слова.

Приверженец христианства, римский император Константин не любил языческий Рим и задумал противопоставить ему столицу христианскую. В 324 г. он захватывает и разрушает древний город Византию, чтобы утвердить на ее месте новую столицу. Так возникает город Константинополь, где проводятся первые Вселенские соборы, завершившие формирование государственной христианской церкви. При правлении Константина церковь обретает возможность строить собственные культовые здания, причем делает это на деньги императора. Благодаря церкви христианский мир получил модель учреждения, где убогий мог получить пищу и кров. *Родиной богоугодных заведений оказалась Восточная Римская империя — Византия*. Активная политика принявшего христианство императора обеспечила появление на подвластных ему территориях особых церковных институтов — *монастырей* (IV в.), давших примеры милосердного отношения к больным и нуждающимся в помощи людям.

Итак, в Европе милосердное отношение к убогим, призрение людей с физическими недостатками, слабоумных и сумасшедших родилось в лоне христианской церкви. Первыми институтами христианской благотворительности оказались монастырские богоугодные заведения, им выпала миссия стать учреждениями, взявшими на себя функцию организованного призрения убогих и калек.

Предписанное христианством милосердное отношение к убогим оказалось трудной задачей для всех европейцев, однако население Северной Европы сумело решить ее быстрее и успешнее южан. Причина тому — несовпадение базисных устоев, сложившихся на Севере и Юге еще в дохристианский период, представлений о свободе человека, допустимой степени его своеобразия, инакости.

В IV–VII вв. Византия отвергает античные правила и нормы отношения к инвалидам (убогим). Хотя враждебность и неприязнь в сознании подавляющего боль-

шинства населения по отношению к калеке сохраняются, градус неприязни снижается, она перестает быть атрибутивным свойством каждого человека. Под влиянием христианства милосердное отношение к любому калеке, нищему начинает осмысливаться как норма [Тоттон, 1997]. Приняв идеалы милосердного отношения к убогим, христианская община оказывается способной воплотить их на практике, перейти к *организованному призрению инвалидов*. На протяжении IV–VII в. в Византии неуклонно растет число состоятельных «нищелюбцев», не скупающихся на милостыню, примеры личного милосердия к убогим демонстрируют и церковь, и император. В X в. на территории Восточной Римской империи формируется сеть богоугодных заведений и, что особенно важно, вслед за монастырскими здесь появляются городские (светские) приюты, госпитали, богадельни, странноприимные дома. Средства на их содержание жертвуют и монархи, и знать, и горожане.

Иначе развивались события в латинском мире — Западной Римской империи, где и после признания христианства официальной религией сохранялось настороженное, если не неприязненное отношение к убогим. Западный мир строился на основе корпоративного деления на сословия и их иерархической структуры. В этой строго структурированной конструкции общества и государства калеке, слепому, глухонемому, сумасшедшему места не находилось. Вторжение варваров привело к гибели Западной Римской империи (V в.), что негативно сказалось на нравственном климате в этой части континента, усугубив и без того тяжкую участь инвалидов.

С точки зрения автора, в период раннего Средневековья христианское милосердное отношение к убогим осваивалось медленно и трудно всеми народами континента, но жителям Северной Европы оно давалось легче, поскольку церковные рекомендации оказались созвучными сложившейся ранее традиции неагрессивного отношения к сородичам, страдающим различными недугами. Выработанное в суровых условиях Севера представление о ценности любого человека являлось благодатной почвой для формирования терпимого и милосердного отношения к убогим. Жители Юга, на земле которых когда-то были написаны законы Ликурга, с большим трудом осваивали христианские идеалы милосердия, расходящиеся с исконно агрессивным отношением к человеческой инакости. Южане оставались более нетерпимыми, чем северяне, и к инородцам, и к иноверцам, и к людям с физическими и умственными недостатками.

В дальнейшем постепенная эволюция отношения государства и общества к людям с физическими и умственными недостатками на Западе приводит к тому, что церковь, города и корона оказываются партнерами в деле их призрения. Совпадение интересов столь влиятельных политических сил и объясняет переход европейцев к следующему периоду отношения к людям с недостатками физического и умственного развития. Завершается он в конце XVIII столетия признанием верховной и городской властью своей ответственности за социальную опеку инвалидов и первым признанием государством возможности обучения лиц с нарушениями здоровья.

Список литературы

Антология педагогической мысли христианского Средневековья: в 2 т. Т. 1. — М.: Аспект пресс, 1994.

Тоттон М. Лекции по истории церкви / пер. В.В. Меркулова. — М.: Русские словари, 1997.

Феоктистова В.А. Очерки истории зарубежной тифлопедагогики и практики обучения слепых и слабовидящих детей. — Л., 1973.

ГЕНЕЗИС БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ В РОССИИ В АСПЕКТЕ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ (IX–XIX ВВ.)

ИВАНОВА Жанна Евгеньевна — кандидат исторических наук, доцент кафедры социологии РХТУ (e-mail: jeivanova@mail.ru). КРУХМАЛЕВ Александр Егорович — доктор философских наук, профессор МГТЭИ (e-mail: aekruhmalev@yandex.ru). КУЛЕМИНА Людмила Борисовна — кандидат исторических наук, доцент кафедры социологии МГТЭИ (e-mail: mariakulemina@mail.ru).

Аннотация. Рассматриваются содержательные характеристики благотворительности и ее особенности на разных исторических этапах в России. Показано, что к концу XIX в. она сложилась в разветвленную, но еще недостаточно целостную систему социальной поддержки людей с различными нарушениями здоровья.

Ключевые слова: благотворительность, христианство, монастырско-церковная помощь, церковно-государственное призрение, государственно-общественное призрение, частная благотворительность.

Становление института благотворительности и инвалидности происходило во взаимосвязи с процессом исторического развития российского государства. С изменением социокультурных норм общества менялось и отношение к инвалидам («нетипичным» людям с ограниченными возможностями здоровья). Столь же видоизменялась и приобретала новое значение на разных этапах истории такая форма помощи и поддержки упомянутой категории людей, как *благотворительность*. Начав развиваться с проявления внутриобщинной поддержки в дохристианской Руси, она превратилась к концу XIX в. в социальный институт, элементами которого стали государственное и общественное призрение, а также и частная благотворительность.

Кратко об этимологии понятия «благотворительность». В разные исторические периоды в его содержание вкладывалось свое понимание. В частности, кардинально различались оценочные суждения, относившие её, с одной стороны, к благу, «забаве богатых», с другой, — к действиям, унижающим достоинство человека. В «Толковом словаре» В. Даля читаем: «Благотворительный... — склонный к благотворению; ... готовый делать добро, помогать бедным». И далее о благотворительном учреждении, устроенном «... для призрения дряхлых, увечных, хворых, неимущих, или ради попечения об них... Благотворительность — свойство, качество благотворящего» [см. Даль, 1989: 94]. В словаре Ф.А. Брокгауза, И.А. Ефрона (1890 г.) дано следующее определение: «Благотворительность — проявление сострадания к ближнему и нравственная обязанность имущего спешить на помощь неимущему...». Далее отмечалось: «Благотворительность в истинном смысле этого слова является вместе с христианством» [Брокгауз, Ефрон, 1890: 55]. В Большой Советской Энциклопедии (БСЭ), изданной в 1950 г., благотворительность расценивалась как негативное явление, как лицемерная помощь господствующим классам эксплуататорского общества в целях удержания масс «от революционной борьбы» [Большая Советская..., 1950: 278]. Следует отметить, что в БСЭ 1970 г. слово «благотворительность» вообще отсутствует.

Интерес к проблемам благотворительности вновь проявился лишь в начале 1990-х годов [см.: Нещеретний, 1996: 4]. В Законе Российской Федерации «О благотворительных организациях и благотворительной деятельности», принятом 11 авгу-

ста 1995 г., указывается: «Под благотворительной деятельностью понимается добровольная деятельность граждан и юридических лиц по бескорыстной (безвозмездной или на льготных условиях) передаче гражданам или юридическим лицам имущества, в том числе денежных средств, бескорыстному выполнению работ, предоставлению услуг, оказанию иной поддержки» [Права человека..., 1995: 27].

Итак, благотворительность можно охарактеризовать как деятельность, вызванную проявлением сострадания к «ближнему», осознанием нравственной обязанности имущего спешить на помощь неимущему, вне зависимости от ее проявления, будь то элементарная милостыня или система государственной социальной поддержки населения (при этом мотивы сострадания могут нести как гуманистический светский, так и религиозный характер).

Среди ученых-обществоведов существуют различные точки зрения относительно периодизации развития благотворительности в России. Нам представляется обоснованной периодизация, предложенная М.В. Фирсовым, условно разграничившим историю благотворительности в дореволюционной России на пять периодов: 1) архаический: родоплеменные и общинные формы помощи и взаимопомощи у славян (до X в.); 2) княжеской и церковно-монастырской поддержки (X–XIII вв.); 3) церковно-государственной помощи (XIV — 2-я половина XVII в.); 4) государственного призрения (2-я половина XVII — 2-я половина XIX в.); 5) общественного и частного призрения (конец XIX — начало XX в.) [Фирсов, 1997: 35–36]. В данной статье анализ проблематики генезиса благотворительности в России ограничивается концом XIX в., когда в России утвердились формы развития государственного, общественного и частного призрения, придавшие ему институциональный, системный характер.

Следует выделить проблему зарождения благотворительности в России, которая относится к числу дискуссионных. Мы разделяем точку зрения, высказанную известным дореволюционным исследователем благотворительности — Е.Д. Максимовым, который находил ее корни в обычаях древних восточных славян. Славянская община того времени была построена на основе взаимовыручки и поддержки. Племена постоянно враждовали между собой. Попавшему в беду человеку оставалось искать помощь только в своей семье или в своей родовой общине. Бедность отдельного члена была бедностью всей общины, с которой она должна была справиться. Иначе ей угрожала зависимость от более сильных лиц и общин. Только в крайнем случае — из-за тяжелой борьбы за существование, при невозможности ничем помочь больному, дряхлому и нетрудоспособному — славяне прибегали к обычаю детоубийства и убийства стариков [Максимов, 1907]. Главное же состояло в том, что общины («задруги», «верви»), создаваемые для ведения общих дел, формировали у славян коллективистскую, «соборную» ментальность, проявлявшуюся и в отношениях к нуждающимся в помощи. Например, формой поддержки была «общая милость»: кормление в течение 3-х дней за счет общины больных и убогих.

Принятие христианства древней Русью в X в. означало шаг вперед в нравственном развитии древнерусского общества. Христианское учение универсально в том отношении, что, проповедуя человеколюбие, не знает расовых или национальных границ. Христианская церковь поддерживала обычаи и неформальные нормы отношения славян к нуждающимся в помощи, независимо от их «нетипичности». В начале своего становления благотворительность в России, как и в других европейских странах, проявлялась преимущественно в различных видах милостыни, подаваемой отдельными людьми тем, кто нуждался в ней. Она стала той основой, на которой создавалась в дальнейшем система общественного призрения.

С введением христианства на Руси связано начало применения простейших видов благотворительности, основанных на *принципе милосердия*. Князь Владимир, инициатор крещения Руси, в числе первых давал пример сострадательности к тем, кто нуждался в помощи: к убогим, нищим, сиротам, увечным. Он осуществлял личную благотворительность, показывая, как следует совершать добрые деяния. К нему на княжий двор мог прийти любой нищий, и князь «просящим подавая, нагих одевая, жаждущих и алчущих насыщая, болящих утешением всяческим утешая, должников искупая, рабам даруя свободу» [Златоуструй..., 1990: 119]. Кроме того, по приказу князя снаряжались подводы, полные провизии, которые развозили по домам тем, кто не мог прийти. Княжеская помощь в X–XII вв. была весьма значимой формой благотворительности. Благотворительностью отличались также князь Ярослав, основавший училище, где воспитывались и учились 300 юношей-сирот, Владимир Мономах и др.

Такое поведение князей было примером для знати, которая, находясь под влиянием только что воспринятого христианского вероучения, охотно следовала религиозным заповедям. Однако для них благотворительность была не столько вспомогательным средством общественного благоустройства, сколько необходимым условием личного нравственного здоровья. Древний русский благотворитель («христолюбец») меньше помышлял о том, чтобы добрым делом поднять уровень общественного благосостояния, чем о том, чтобы продемонстрировать уровень собственного совершенствования как христианина.

С введением христианства благотворительные функции князей и знати стали сочетаться с церковно-монастырскими формами поддержки бедных и убогих. Правовой базой для этого стал Устав князя Владимира от 996 г. В нем говорилось об обязанности духовенства по надзору и попечению над бедными. При этом на содержание монастырей, больниц, богаделен и прием странников, неимущих отводилась «десятина», т.е. десятая часть поступлений частных лиц от продажи хлеба, скота, от судебных пошлин и т.д. Многие монастыри давали приют нуждавшимся. Первые больницы, в которых лечили бедных больных и калек бесплатно, были учреждены церковью [Антология..., 1994: 9–11].

В дальнейшем церковно-монастырская форма помощи стала *доминирующей*. Можно сказать, что православная церковь на Руси проявила себя в качестве создателя своеобразного института благотворительной деятельности. Большую роль в деле благотворения играли *приходы*, действуя самостоятельно и независимо от гражданских и духовных властей. В них сосредоточивалась не только церковная, но и общинная жизнь. Именно их деятельность была ближе по своему характеру к институту организованной помощи больным, немощным и другим нуждавшимся. Это происходило благодаря сплоченности прихожан, осведомленности не только о материальных нуждах каждой семьи, но и о нравственных качествах каждого прихожанина в отдельности.

Со второй половины XII в. усиливается роль *монастырского призрения*. В XIV в. монастыри стали крупными землевладельцами. Возросли их возможности по оказанию помощи больным, увечным, обездоленным. Заметим, например, что преимущество медицинской помощи, оказываемой монастырскими целителями, состояло прежде всего в том, что она была безвозмездной и, следовательно, общедоступной, в то время как светские врачи лечили за деньги, которых у бедных людей не было. Сохранились сведения, например, об успешной врачебной деятельности иноков Кирилла (1337–1427), основавшего в 1397 г. монастырь на Белоозере, а также Зосимы (умер в 1478 г.), основателя Соловецкого монастыря.

Одним из важных этапов упорядочивания процесса оказания помощи нуждающимся стал созыв церковно-земского Стоглавого Собора в 1551 г. Он констатировал большое количество нищих и отсутствие надлежащих мер призрения. Поднималась проблема растущего количества так называемых лже-нищих и лже-увечных. Именно с того времени в России эта проблема является одной из важных в сфере оказания безвозмездной помощи нуждающимся. Собор рекомендовал: попечение о бедных признается делом общества. Одновременно Собор считал необходимым регулировать попечение мерами государственными, путем царского повеления, или, иначе говоря, законом.

В признании различий способов призрения впервые фактически отрицалась бытовавшая ранее форма благотворительности — раздача милостыни. Теперь отдается предпочтение призрению в богадельнях и определенной форме получения пособий (собрание по домам). Помимо этого предусматривалось предоставление добровольных работ. Подобные меры представляют значительный шаг вперед, так как в них отражается не одно только стремление благотворителя «душу свою спасти богоугодным делом», но и принести общественную пользу.

Заметим: во второй половине XVI в. идея общественного призрения только намечалась, но не вошла еще в сознание общественных и государственных деятелей. Хотя, например, Иван Грозный основал несколько богаделен, но в полном виде идеи Собора о формировании церковно-государственного вида социального призрения не были осуществлены. Формы помощи нуждающимся еще долго оставались неизменными, и благотворительностью занимались только те духовные лица, цари и отдельные представители богатых и знатных слоев страны, которые чувствовали в этом необходимость для себя.

Дальнейшая институционализация благотворительности и *появление элементов государственной системы* призрения связаны с мерами первых царей дома Романовых. Но этот процесс развивался медленно. Шла перестройка служб призрения: сначала они находились в ведении Патриаршего Приказа, затем Монастырского; позже для этой цели был учрежден Аптекарский Приказ, а затем особый Приказ строения богаделен. Но и последняя мера, по-видимому, была все же продиктована в основном желанием подчеркнуть персональную благотворительность как самого царя Алексея Михайловича, так и ближайших к нему лиц, а не решением выработать систему общественного призрения. Явно не хватало социальных программ поддержки неимущих государственного характера.

Необходимость *государственного регулирования* в деле благотворительности в большей мере проявилась в царствование Федора Алексеевича. К 1682 г. относится первый в русской истории письменный документ — «О мерах государственного призрения указ», устанавливавший руководящие начала общественной помощи нуждающимся [Историческое обозрение..., 1874: 33–44]. К труду рекомендовалось приобрести не только здоровых людей трудоспособного возраста, но и калек — «кому какую работу удобнее работать», как в «Европейских странах». Неизвестно (из-за смерти царя), был ли данный указ обнародован или нет, но его влияние на последующее законодательство бесспорно [Общественное и частное..., 1907].

Начало создания государственной системы мер призрения приходится на царствование Петра Великого. Следует отметить, что во время «Великого посольства» (март 1697 г. — август 1698 г.) Петр познакомился не только с последними техническими достижениями того времени, но и с различными видами государственного призрения и благотворительности, существовавшими тогда в Западной Европе. Как отмечал В.О. Ключевский, «даже из первой заграничной поездки он вез в Москву не преобразовательные планы, а культурные впечатления с мечтой

все виденное за границей завести у себя дома». Однако «сближение с Европой было в глазах Петра только средством для достижения цели, а не самой целью» [Ключевский, 1989: 189, 196]. Из всего увиденного им на Западе он стремился осуществить в России то полезное, чего не было на родине, в частности, некоторые социальные преобразования.

Обобщая меры, предусмотренные рядом указов и распоряжений Петра I (в период с 1700 г. по 1724 г.), можно сказать, что ими были затронуты практически все актуальные тогда и важнейшие вопросы призрения. Само это понятие, близкое к словам «присмотр», «забота», стало применяться в отношении инвалидов, больных и убогих, а также нищих и сирот. Была создана сеть больниц и богаделен для инвалидов и престарелых, развернулось строительство госпиталей для получивших ранения и увечья офицеров и солдат. Петр I указывал на предупреждение нищеты как лучший способ борьбы с ней. Принимая решительные меры к урегулированию частной благотворительности, он определил роль организованной помощи общества, установил органы призрения и изыскал необходимые для развития этого дела средства. Применяемые им меры составили уже не ряд разрозненных и не связанных между собой попыток, законодательных актов, направленных на решение отдельных проблем благотворительности, а определенный *комплекс*, отличающийся продуманностью и последовательностью.

Церковная реформа Петра I, по существу, поставила церковь на службу государству, что отразилось и на характере социальной деятельности церкви, подчиненной правительственным коллегиям — финансовой и судебной. Дело общественного призрения *приобрело государственный характер*, что в определенной мере оказало положительное влияние на его дальнейшее развитие.

Используя опыт создания в странах Западной Европы определенной системы социальной поддержки бедствующего населения, Петр I указывал, что «кроме госпиталей есть в тамошних больших и златных городах особливо сиротские дома, в которых определенное число убогих и после родителей оставшиеся дети содержатся и воспитаны бывают, также и другие есть дома, в которых от разных болезней бедных людей лечат и в призрении имеют» [Антология..., 1994: 20].

Большие изменения, внесенные Петром I в сферу призрения, требовали крупных финансовых затрат. По его распоряжению вдвое увеличился сбор венечных денег с вступающих в брак; воспрещалась вольная продажа церковных свечей; был установлен вычет из жалования всяких чинов, «кроме солдат, по одной копейке с рубля на содержание госпиталей»; вводилось обучение монахинь в монастырях различным рукоделиям и ремеслам с целью дальнейшей продажи их изделий; средства, взимаемые с раскольников, направляемые на богоугодные дела и сбор добровольных пожертвований в церкви, который проводился в два кошелька: один для церковных нужд, а второй для госпиталей.

В структуру, ведавшую социальной поддержкой обездоленного населения, вошли: а) центральные органы — вначале Патриарший и Монастырский приказы, с 1712 г. — Святейший Синод, а с 1724 г. — Камерконтора; б) городские магистраты; в) помещики во владельческих селениях; г) старосты и сотские в селениях со свободным населением» [Фирсов, 1999: 93].

К сожалению, император в годы своего царствования не успел упорядочить частную благотворительность, единственным его нововведением относительно её было предложение направлять средства на организацию и финансирование богаделен. Общественная жизнь в то время была развита мало и организация частной благотворительности чрезвычайно затруднялась.

Дальнейшие изменения в «устройении» государственного и общественного призрения произошли в период правления Екатерины II. При ней начала делать свои *первые шаги организованная частная благотворительность*. Значительно смягчились карательные меры по отношению к нищим. Было постановлено о создании в каждой из 26-ти епархий по одной богадельне, составлены правила о «пристройстве безумных» (строительство больниц для умалишенных), учреждены два заведения для призрения незаконнорожденных детей и т.д. [Благотворительность..., 1907].

Крупным нововведением Екатерины II можно считать специальные учреждения — «приказы общественного призрения», открытые по её указу 1775 г. в 40 губерниях. Им поручалось управление всеми благотворительными заведениями на территориях губерний. Они обязаны были заботиться об устройстве и «надзирании» народных школ, сиротских домов, госпиталей, больниц, богаделен для мужского и женского пола, убогих, увечных и престарелых, домов для неизлечимо больных и т.п. [Антология..., 1994: 23].

После эпохи Екатерины II заметной вехой в развитии общественного призрения стал указ Павла I от 2 мая 1797 г., в соответствии с которым его супруга Мария Федоровна получила право патронировать все социальные учреждения. С этого момента в России началось развитие нового направления благотворительности — ведомств и учреждений, «на особых основаниях управляемых». По своей организации они действовали успешнее приказов общественного призрения, примыкая, с одной стороны, к учреждениям государственного призрения, а с другой, — к общественной помощи.

По инициативе Марии Федоровны создавались новые благотворительные учреждения, ведомства, сиротские дома. После ее смерти в 1828 г. вся означенная сеть получила специальное наименование «Ведомство учреждений Императрицы Марии». На тот момент Ведомство состояло из учреждений общегосударственного значения, таких как воспитательные дома и богадельни, и учреждений, возникших в результате личной благотворительной деятельности императриц и других Особ Императорского дома. Позднее к нему стали примыкать заведения, основанные на средства частных лиц.

Вторым по значению ведомством, «на особых основаниях управляемым», можно назвать основанное в 1802 г. несколькими частными лицами «филантропическое общество», приобретшее затем форму особой организации под названием «Императорского человеколюбивого общества». Цель его деятельности заключалась в обеспечении пособий для нуждающихся, в том числе «для призрения дряхлых, увечных, неизлечимых и вообще к работам не способных» и др. В частности, с целью создания первого учреждения для воспитания и обучения слепых Александр I пригласил В. Гаюи, являвшегося учредителем подобного заведения в Париже. В 1806 г. Гаюи собрал в Санкт-Петербурге слепых учеников, и под его руководством было открыто заведение, в котором их учили грамоте, преподавали различные предметы, проводили музыкальные занятия и обучали некоторым ремеслам.

После Отечественной войны 1812 г. усилилось внимание к ее участникам — ветеранам. С 1813 г. стала выходить газета «Русский инвалид». Для управления деятельностью государственных органов призрения в первой четверти XIX в. было создано специальное Министерство. По мере того как обнаруживалась недостаточность борьбы с бедностью и разными формами нужды при посредстве только казенных учреждений, в обществе и в правительстве зрела мысль о необходимости большего участия в делах попечения о бедных состоятельных частных лиц.

В первой половине XIX в. по инициативе знатных людей возникло значительное число благотворительных учреждений. Великой княгиней Александрой Нико-

лаевой и принцессой Терезией Ольденбургской в Петербурге была создана первая община сестер милосердия, при которой начали работать больница, богадельня, детский приют, исправительная детская школа. В 1803 г. граф Шереметьев учредил странноприимный дом в Москве на 100 человек и больницу при нем на 50 человек. Коллежский советник Злобин пожертвовал в 1808 г. 40 000 рублей на заведение в разных местах больниц для бурлаков. В 1842 г. княгиня Н.С. Трубецкая возглавила в Москве опекунский совет детских приютов [Российская энциклопедия..., 1997: 52].

Благотворительность в России получила широкое развитие во второй половине XIX в. Именно в это время были созданы наиболее известные и многочисленные благотворительные организации и общества. К делу благотворения подключились просвещенные слои населения. Если первая половина XIX в. примечательна в основном *частной* благотворительностью, то *вторая* характеризуется уже многообразием деятельности данного института. Это проявлялось в *ряде конкретных форм*, какими можно считать всевозможные общества, богадельни, детские благотворительные заведения различных типов, приюты, общественное питание, бесплатные больницы и лечебницы для проходящих и др. Развивалась организационная структура институтов помощи инвалидам, вырабатывались стандарты их социального обслуживания. Под защитой института благотворительности оказываются люди с различными физическими и психическими нарушениями: слепые, увечные, прокаженные, душевнобольные и др.

К концу XIX в. в стране сформировались *три вида* институтов помощи нуждающимся: государственное призрение, земская общественная помощь и частная добровольческая благотворительность. Также существовали благотворительные ведомства и учреждения «на особых основаниях управляемые», примыкавшие по своей организации, с одной стороны, к учреждениям государственного призрения, а с другой, — к общественной помощи. Наиболее известными и многочисленными из них оставались упомянутые выше Управление ведомств Императрицы Марии и Императорское человеколюбивое общество. В России, можно сказать, функционировала весьма разветвленная, возможно, даже более широкая, чем в других странах, сеть учреждений и организаций, призванных осуществлять благотворительность в отношении инвалидов в форме конкретной помощи. Действовали больницы, странноприимные дома, монастырские гостиницы, богадельни, приюты и другие учреждения, занимавшиеся оказанием материальной и иной помощи инвалидам, престарелым, ветеранам, сиротам и т.д.

Определенная *системность* в функционировании институтов благотворительности наблюдалась. Но она, на наш взгляд, еще не приобрела качества *целостности*. Не хватало должного взаимодействия между видами благотворительных институтов, разбросанных по различным ведомствам. Приведем официальные данные: «Наибольшая часть благотворительных учреждений, а именно 49%, находилась в Ведомстве Министерства Внутренних Дел. Из них в ведении: частных лиц состояло — 5596 учреждений (82%), сословных учреждений — 518 учреждений (8%), городских учреждений — 510 учреждений (7%), земских учреждений — 140 учреждений (2%) и приказов общ. призрения — 58 учреждений (1%)» [Благотворительные учреждения..., 1900: 6].

Давая общую характеристику институту социальной благотворительности, можно выделить два момента. *Во-первых*, наибольшее число социальных учреждений относилось к частному сектору и существовало на частные целевые вклады. Основная масса проблем приходилась на решение частной благотворительности. Вынужденное выполнение долгосрочных, бесперспективных программ в совокупности со слабым

финансированием грозило закрытием многих учреждений этого вида благотворительности, что нередко и происходило. *Во-вторых*, государство крайне слабо участвовало в деле оказания социальной помощи нуждающимся в ней. Данные официальных затрат (не включавшие затраты частных благотворителей) показывают, что в конце XIX в. душевой расход на дело общественного призрения равнялся лишь 0,09–0,35 рубля [Ильинский, 1908: 24]. Количество многообразных учреждений и обществ было недостаточным для решения всех самых насущных социальных проблем. Их сил хватало только на оказание помощи в особо острых ситуациях, но у них не было ресурсов для осуществления и внедрения масштабных превентивных программ.

Институт благотворительности мог функционировать намного эффективнее, если бы все существовавшие учреждения действовали более скоординировано. Однако в стране, как было показано, имелось немало разрозненных благотворительных обществ, организаций, не знавших друг друга, не желавших помочь друг другу, а нередко соперничавших между собой. Отсутствие должной системности в области благотворительности и общественного призрения, несогласованность в действиях различных благотворительных учреждений и обществ, вытекавшая из этого бесконтрольность в оказании помощи приводили к росту числа авантюристов, пользовавшихся различными благами, в то время как помощь не доходила до истинно нуждающихся.

Позднее, в XX в., на смену общественному призрению постепенно *приходила система социального обеспечения и социального страхования*, но этот процесс выходит за рамки нашего анализа. Подчеркнем лишь, что исторические условия в России сложились так, что уже к началу 20-х годов XX в. практически все рассмотренные виды благотворительности как формы социальной помощи и поддержки исчезли. Интерес к ним, как отмечалось, стал проявляться в 1990-е годы в связи с кардинальными общественными изменениями в стране. Представляется, что из прошлого опыта актуальны по крайней мере два момента. Во-первых, социальные службы, оказывающие поддержку нуждающимся категориям граждан, в целях повышения эффективности должны действовать *не разрозненно, а организовано, как четко скоординированная работающая система*. Во-вторых, в интересах социальной защиты населения необходимо более полное *использование потенциала «третьего сектора» — представителей частной благотворительности*. Этому способствует принятый в 1995 г. закон «О благотворительности и благотворительных организациях», но на практике его действенность недостаточна.

Список литературы

- Антология социальной работы. Т.1. – М., 1994.
Благотворительность в России. Т.1. – СПб., 1907.
Благотворительные учреждения Российской Империи. - СПб., 1900.
Большая Советская Энциклопедия. Т.5. – М., 1950.
Брокгауз Ф.А., Ефрон И.А. Энциклопедический словарь. Т.7. – СПб., 1890.
Даль В. Толковый словарь живого великорусского языка. Т. 1: А-З. – М.: Рус. яз., 1989.
Златоструй. Древняя Русь X–XIII вв. – М., 1990.
Ильинский В. Благотворительность в России. – СПб., 1908.
Историческое обозрение мер правительства по устройству общественного призрения в России. – СПб., 1874.
Ключевский В.О. Курс Российской истории. Сочинение в 9 томах. Т.4. – М., 1989.
Максимов Е.Д. Очерк истории развития и современного положения общественно-го призрения в России. – СПб., 1907.

Генезис благотворительности в России в аспекте помощи инвалидам (IX–XIX вв.)

Нещеретный П.Н. Очерки по истории социальной работы в России. – М., 1996.

Общественное и частное призрение в России. – СПб., 1907.

Права человека в России. Информационный бюллетень. №11. – М., 1995.

Российская энциклопедия социальной работы. – М., 1997.

Фирсов М.В. Социальная работа в России: теория, история, общественная практика: дис. ...д-ра ист. наук. – М., 1997.

Фирсов М.В. История социальной работы в России. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М., 1999.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ

О.Г. Егоров

СТУДЕНТЫ-ИНВАЛИДЫ В ВУЗЕ: ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ

ЕГОРОВ Олег Георгиевич — доктор филологических наук, профессор МГГЭИ
(e-mail: egorol@list.ru).

Аннотация. В статье показаны трудности, с которыми сталкиваются студенты-инвалиды в вузе из-за приобретенных ранее проблем (дискретность знаний, дефицит общения и др.), определяются основные пути их преодоления.

Ключевые слова: вуз, студенты-инвалиды, социальная адаптация, знания, общение, социальная педагогика, электронные средства обучения, мотивация достижений.

Социальная адаптация инвалидов — проблема многоплановая. В настоящей статье будет рассмотрен один из ее аспектов на примере Московского государственного гуманитарно-экономического института (МГГЭИ). Обучение в вузе — важнейший этап на пути приспособления инвалида к условиям социальной и производственной среды. Как пишут авторы словаря-справочника «Социальная интеграция и реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья», «социальная адаптация — <...> это способность к труду, обучению, к организации досуга и отдыха; способность к самообслуживанию и взаимобслуживанию в семье и коллективе» [Байрамов, Тюрин, Тимофеева, 2009: 11]. Здесь для нас особенно важно указание на способность к обучению и взаимобслуживанию в коллективе, так как выработка этих свойств дается инвалидам с большим трудом, чем здоровым людям.

В МГГЭИ обучаются студенты с нарушениями опорно-двигательной системы. Получение высшего образования является для них показателем высокой степени адаптации к социуму. И дело здесь не только в получении специальности и профессиональной востребованности. Процесс обучения в вузе для инвалида — это школа как в прямом, так и в более широком смысле. Школа во втором смысле означает обретение студентом-инвалидом духовной и интеллектуальной самодостаточности, изменение самооценки и притязаний, изживание чувства отрезанности от нормальной жизни. Итогом прохождения такой школы становится обретение способности сосредоточиться на жизни, что можно было бы назвать эффектом Стивена Хокинга*

В институте проходят обучение студенты из различных регионов России — от Якутии, Бурятии, Тувы до Смоленска, Мурманска и Северного Кавказа, а также из Азербайджана, Белоруссии и других стран СНГ. Все они испытывают типичные трудности на первом этапе обучения, вызванные сходством жизненных ситуаций, той среды, в которой они росли и учились. С этой точки зрения всех студентов-инвалидов можно разделить на две группы. К первой относятся те, чьих родители бросили или оставили на попечение бабушек и дедушек. Ко второй — те, из которых

* Стивен Хокинг (р. в 1942 г.) — крупнейший современный британский космолог и физик-теоретик. В возрасте 24 лет вследствие бокового амиотрофического склероза парализован, практически потерял способность говорить (общается через синтезатор, установленный на его кресле-коляске). Автор более 20 монографий.

родители с детства сделали кумиров. Оба типа отличаются поведенческой реакцией на условия новой среды. В то же время обоим типам свойственны одинаковые проблемы, не зависящие ни от региона проживания, ни от условий воспитания.

Первой проблемой, с которой сталкиваются преподаватели в работе со студентами-инвалидами, является *дискретность знаний*. Большинство студентов до поступления в институт проходило обучение в разных формах. Немногим посчастливилось получить среднее образование в спецшколе, как говорится, от гудка до гудка. Обычно это массовая школа, обучение в которой прерывается занятиями на дому. Такие занятия отнюдь не являются реализацией метода индивидуального подхода. Их особенностью является «щадающий режим», который в итоге и приводит к образованию пробелов в знаниях.

Кроме того, — и это едва ли не главное — при надомном обучении ребенок-инвалид оказывается *оторванным от коллектива сверстников*, что и способствует его социальной дезадаптации. В результате опроса студентов-первокурсников было установлено, что почти половина из них обучалась последовательно то в школе, то на дому. Нередко смена формы обучения происходила несколько раз. Такие студенты на первых порах испытывают трудности не только, а порой даже не столько в усвоении знаний, сколько в общении с однокурсниками и контактах с преподавателями. И наоборот, те, кто весь курс средней школы прошел в обычной школе, обладают качествами лидеров, их, как правило, назначают старостами групп.

Две эти *приобретенные* проблемы — дискретность знаний и дефицит общения, наряду с центральной — проблемой здоровья, составляют своеобразную триаду, от своевременного «лечения» которой зависит успешная социальная адаптация студентов-инвалидов. Здесь мы не будем рассматривать специфическую методику адаптивной физкультуры. Она выходит за тематические рамки статьи. Остановимся на первых двух проблемах.

Попутно необходимо отметить, что на пути реализации задач социальной педагогики перед преподавателями стоят определенные трудности. Главной из них является отсутствие специальной подготовки. Если логопедов, специалистов в области сурдо- и тифлопедагогики обучают на специальных факультетах, то в МГГЭИ занятия со студентами-инвалидами проводят обычные вузовские преподаватели. Они преподают свою дисциплину, строя занятия в зависимости от конкретной ситуации.

Для социальной адаптации студентов-инвалидов, испытывающих дефицит общения, уже на раннем этапе необходимо создать адекватную социально-средовую ориентацию. Первым шагом для этого служит *обучение в смешанных группах*, где вместе с инвалидами с нарушениями опорно-двигательной системы обучаются здоровые студенты. В чем преимущество обучения в такой группе с точки зрения социальной адаптации?

Обучаясь в специальной школе в однородной группе, учащийся-инвалид не видит «окна» в мир полноценной социальной жизни. Его окружают такие же, как и он, сверстники, с такими же проблемами. В обычном вузе, где инвалид обучается по квоте в группах здоровых студентов, реакция на его личные проблемы не всегда бывает однозначной. Поэтому смешанная группа в специализированном вузе является оптимальной средой для социализации. Часто в таких группах, как уже отмечалось, старостами являются инвалиды, пользующиеся авторитетом у *всех* студентов.

Базовая организационная ячейка обучения служит благодатной почвой для одного из важнейших средств социализации студентов-инвалидов — *дискуссии с другими людьми*. Главной ее формой является учебный диалог в ситуации аудиторного и внеаудиторного занятия. Если для обычного студента в этом нет ничего особенного,

то для студента-инвалида он связан с определенными трудностями физиологического (моторика) и психологического порядка. Обретение свободы в дискуссии служит важным индикатором в прогрессирующем процессе социализации.

Что касается письменных форм и работы с источниками, то здесь перед студентом-инвалидом стоит новый ряд трудностей и препятствий. Возьмем учебную лекцию. Ее запись затруднительна для определенной категории инвалидов. Поэтому преподаватель должен либо читать ее в особом режиме, либо заменить другими формами подачи материала. Проектор и электронная доска в таком случае становятся не элементами инноватики, а жизненно важной необходимостью. И поскольку успешное овладение электронными средствами информации является в современном мире показателем социализации индивида, то можно констатировать отрадный факт: инвалиды с этой точки зрения не отличаются (или очень мало отличаются) от других категорий студентов. Для них это служит дополнительным стимулом к самореализации и преодолению физических ограничений.

Другое дело — работа с печатными источниками. Для многих, а в иных группах инвалидов для большинства посещение крупных научных библиотек исключено. Поэтому здесь на помощь приходит Интернет, в котором они и получают доступ к основной массе рекомендуемой преподавателями литературы. Студенты МГГЭИ активно работают на образовательных порталах, покупают электронные варианты диссертаций, используют в учебных целях рекомендуемую видеопродукцию. В результате подобной совместной работы изначальный недостаток — дискретность знаний — восполняется довольно скоро.

Следующим этапом (и уровнем) *дискуссии с другими людьми* является участие в соревнованиях, конкурсах, олимпиадах. В данном вопросе важна не столько статистика (хотя она весьма впечатляюща по МГГЭИ), сколько возрастающее уже ко второму курсу стремление студентов-инвалидов встроить в свой жизненный опыт некоторую шкалу достижений (аналог портфолио). А это — уже замах на будущий профессиональный отбор. Причем здесь следует развести достижения в спорте, с одной стороны, и исследовательскую и поисково-познавательную работу студентов — с другой.

Первые являются показателем волевых свойств личности или нереализованных возможностей организма с физическими ограничениями. Тогда как вторые позволяют судить о степени интеллектуальной зрелости, самостоятельности мышления, умения вести диалог «на равных» со здоровыми сверстниками из других вузов. И результаты в этих двух соревновательных сферах различны. Нередки случаи, когда физические тренировки настолько закаляют тело и дух (что более — не всегда можно определить), что студент-инвалид расстается с коляской и начинает передвигаться самостоятельно. Результатом же интеллектуального марафона становится устойчивый интерес к научной работе.

Интегральным показателем всех видов и направлений вузовской социальной адаптации студентов-инвалидов является *изменение мотивации достижения*. Здесь необходимо обратиться к материалам конкретного исследования. Группой аспирантов МГГЭИ (участников моего семинара по методологии научного исследования) было проведено диагностирование мотивации достижения у двух групп испытуемых — студентов Московского государственного гуманитарно-экономического института и Российского государственного университета туризма и сервиса.

Исследование проводилось методом опроса при помощи теста-опросника А. Мехрабиана [Безуглов и др., 2008: 162–167]. Опросник предназначен для диагностики двух обобщенных устойчивых мотивов личности — мотива стремления к успеху и

мотива избегания неудачи. При этом оценивается, какой из этих двух мотивов у испытуемого доминирует. *Мотивация достижения* — одна из разновидностей мотивации деятельности, связанная с потребностью индивида добиваться успеха и избегать неудачи. В связи с заданными параметрами все респонденты были разделены на две категории: респонденты с инвалидностью; респонденты не имеющие (официальной) инвалидности. Они в свою очередь были поделены на подгруппы по гендерному признаку. Для обеспечения равнозначности в каждой подгруппе была представлена выборка по 26 человек от каждой группы (по 13 респондентов мужского и женского пола). Все данные представлены в виде диаграмм (см. диаграммы 1, 2).

Диаграмма 1. Баллы опроса респондентов с инвалидностью.

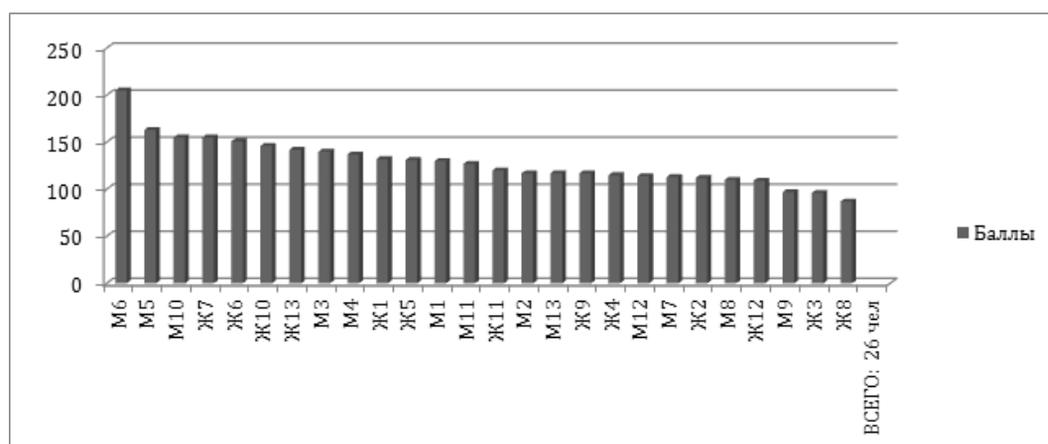
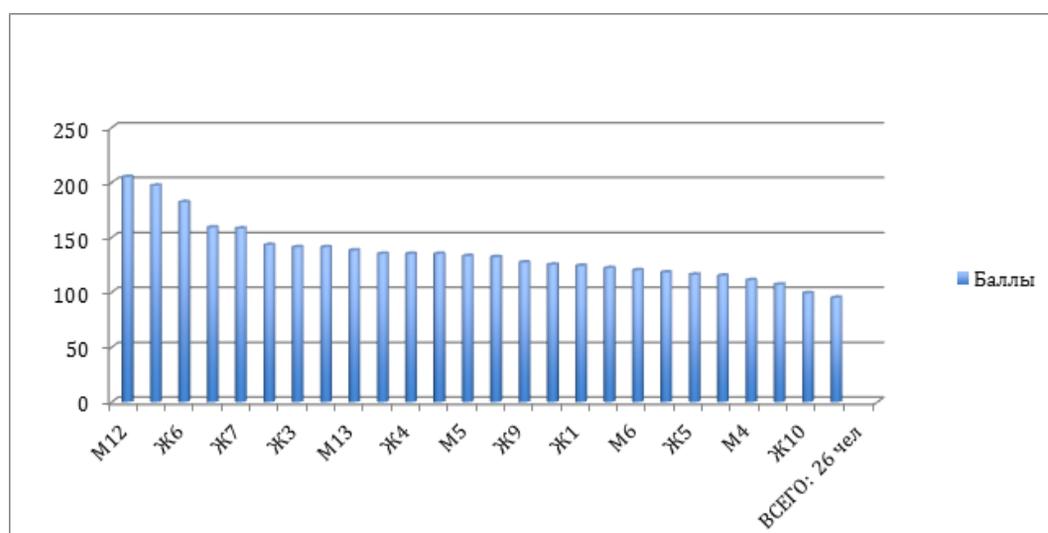


Диаграмма 2. Баллы опроса респондентов, не имеющих (официальной) инвалидности.



Согласно результатам опроса, представленным в обеих диаграммах, доля мужчин и женщин каждой из разновидностей мотивации достижения примерно одинакова. Следовательно, критерий гендерной принадлежности не играет особой роли в определении мотивации.

Относительно критерия наличия у респондентов инвалидности особых различий и разброса в значениях также не выявлено. Единственным различием является плав-

ность перехода значений. У респондентов без инвалидности наблюдается плавный переход баллов от одного значения к другому.

Подводя итог, можно с уверенностью констатировать: социализация студентов-инвалидов — это постепенное снятие запретов, наложенных природой. Она проходит успешно в специализированном вузе при наличии совместных усилий педагогов и обучающихся.

Список литературы

Байрамов В.Д., Тюрин А.В., Тимофеева Е.Н. Социальная интеграция и реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья. Словарь-справочник. – М., 2009.

Безуглов И.Г., Лебединский В.В., Безуглов А.И. Основы научного исследования. – М., 2008.

Е.В. Воеводина

СПЕЦИФИКА АДАПТАЦИИ К ВУЗОВСКОЙ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

ВОЕВОДИНА Екатерина Владимировна — ассистент кафедры социально-правовых дисциплин Муромского института — филиала ФГБОУ ВПО «Владимирский государственный университет имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых» (e-mail: ekaterinavoevodina@yandex.ru).

Аннотация. Рассматриваются теоретические и практические проблемы социальной адаптации студентов с ОВЗ к условиям жизни в вузе.

Ключевые слова: студенты с ограниченными возможностями здоровья, социальная адаптация, вузовское пространство, образование, социально-психологическая поддержка.

Теоретическую основу исследования составили концепции, раскрывающие понятие «социальная адаптация». Их немало и в социологии, и в смежных науках (психологии, философии, педагогике и др.). Однако не все из них могут выступать в качестве теоретико-методологической базы познания процесса социальной адаптации студентов с ограниченными возможностями здоровья к условиям высших учебных заведений.

Изучение концепций социальной адаптации позволило нам осуществить попытку классифицировать их, выдвинув *критерий* — соотношение ролей *субъекта* и *среды* в адаптационном процессе. Исходя из этого критерия, можно выделить три группы трактовок рассматриваемого понятия. Во-первых, *социально-доминирующие*, признающие преобладающее воздействие среды на индивида, который рассматривается как относительно пассивный объект ее влияния (труды Г. Спенсера, Э. Дюркгейма, работы С.Д. Артемова, А.М. Розенберга и др.). Во-вторых, *лично-доминирующие*, акцентирующие роль индивида (М. Вебер, Ю.А. Урманцев и др.). В-третьих, *двусторонние трактовки* (бидоминантные), признающие взаимное воздействие обеих сторон адаптации — субъекта и среды — друг на друга (структурно-функцио-

нальные модели Т. Парсонса, Р. Мертона, системные модели Л. Бертаданфи, Э. Гидденса, А.Н. Аверьянова и др.).

Последний подход позволяет рассматривать процесс социальной адаптации, с одной стороны, как активное приспособление индивида к особенностям среды и, с другой, — как переустройство среды сообразно особенностям индивида. Из этого следует, что изучение специфики социальной адаптации должно включать и познание приспособительного потенциала субъекта адаптации, и анализ объекта — среды. Отсюда можно сделать вывод о том, что средства оптимизации адаптационного процесса должны формироваться *с учетом специфики обеих сторон*.

Итак, на наш взгляд, *социальная адаптация* есть процесс активного взаимодействия индивида и среды с целью достижения оптимального уровня их функционирования и соответствия друг другу. Результатом этого процесса выступает *адаптированность*, то есть такое состояние, при котором и индивид, и среда могут сосуществовать, взаимодействовать в соответствии с особенностями друг друга. Причем успешность социальной адаптации проявляется в способности индивида не только к простому функционированию в среде, но и к самореализации, раскрытию своего потенциала, а также созданию условий для прогрессивных изменений среды. *Данный подход представляется подходящим для анализа процесса социальной адаптации студентов с ограниченными возможностями здоровья к условиям высшего учебного заведения и разработки средств оптимизации этого процесса.*

Адаптационные процессы весьма разнообразны, поэтому уместно рассмотреть некоторые виды адаптаций. Новосибирским социологом Л.В. Корель разработана их типология по девяти критериям, среди которых особый интерес представляет критерий адекватности. Исследователь выделяет, в частности, адекватные адаптации, при которых достигается *равновесие* между субъектом и средой. Неадекватные адаптации возникают в основном из-за неправильной модели поведения субъекта, несоответствия ценностей субъекта и среды [Корель, 2005: 118, 187.]

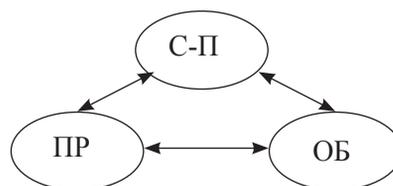
Большое значение для понимания процесса включения индивида в систему отношений, социальную среду имеют исследования *факторов адаптации*. Различные классификации их представлены в работах П.С. Кузнецова, Ю.А. Урманцева, С.И. Капицы, И.К. Алиевой и др. Так, Капица пришел к выводу, что эти факторы могут быть разделены на две группы — внешние и внутренние. Внешние факторы обусловлены спецификой среды адаптации, внутренние — индивидуальными характеристиками субъекта адаптации [см. Капица, 2009: 208]. Удачно, на наш взгляд, типология факторов социальной адаптации представлена Ю.А. Урманцевым. Он выделяет факторы, стимулирующие процесс адаптации, — *стазоры*, дестимулирующие, — *стрессоры*, нейтральные, не оказывающие какого-либо воздействия на результат адаптации, — *нейтеры*. Последние (нейтеры) могут рассматриваться как потенциальные стрессоры или стазоры, если оказать на них соответствующее целенаправленное воздействие [Урманцев, 1998]. Такая классификация факторов представляется полезной для анализа адаптационных процессов. Можно использовать и предложенные автором термины. Добавим: в силу того, что факторы различаются по характеру их воздействия на процесс адаптации, их можно также классифицировать с учетом силы этого воздействия (например, незначительный стрессор, средний стрессор, сильный стрессор и т.д.).

Следует отметить, что вопросы социальной адаптации студентов к условиям вуза неоднократно рассматривались отечественными исследователями. Так, А.П. Парохонский предлагает подразделять адаптацию студентов к вузу на психолого-педагогический, социально-психологический, психофизиологический и мотивационно-лич-

ностный компоненты [Парахонский, 2010]. Психолого-педагогический компонент определяется им как приспособление к новой дидактической ситуации, учебному процессу. Психофизиологический связан с изменениями ритма жизни и изменениями функционирования организма. Социально-психологический обусловлен вхождением в новый коллектив, а мотивационно-личностный связан с установками студента на успешность учебного процесса. Другой автор, Л.Е. Елгина, выделяет в социальной адаптации студентов профессиональную, состоящую в приспособлении к учебному процессу, а также социально-психологическую, связанную с жизнью студента в среде однокурсников, выработкой стиля поведения и взаимоотношения с ней [Елгина, 2010]. Заметим, что приведенные классификации были разработаны безотносительно к проблеме инвалидности.

Перейдем к анализу социальной адаптации студентов-инвалидов к условиям высших учебных заведений. Ее характеристики определяются *спецификой данной группы студентов*, обусловленной их инвалидностью, особыми потребностями, которые необходимо удовлетворить, чтобы предоставить им равные возможности обучения со здоровыми людьми. С учетом этого обстоятельства можно предложить комплексную модель процесса адаптации студентов с ОВЗ к условиям вуза, выделив следующие три компонента: 1) освоение физического пространства высшего учебного заведения (*пространственный* компонент); 2) вовлечение в образовательный процесс вуза (*образовательный* компонент); 3) социально-психологическую адаптацию к среде однокурсников, преподавательского состава высшего учебного заведения (*социально-психологический* компонент).

Сообразно выделенным компонентам можно определить средства оптимизации данного процесса. Так, в *вузовском пространстве* внедряются различные нормативные стандарты по организации доступности вуза, согласно которым сооружаются пандусы, подъемники, применяются информационно-коммуникативные средства и др. В *образовательном процессе* разрабатываются учебные программы, внедряются дидактические средства, методическое обеспечение с учетом специфических потребностей студентов с ВОЗ. *Социально-психологический компонент* связан с применением социальных технологий (в том числе из области социальной работы), психологическим сопровождением и консультированием. Заметим, что еще часто на практике проблема социальной адаптации рассматривается в одном из указанных направлений, в то время как для её эффективного решения необходим *комплексный* подход. Он не предполагает разделение социальной адаптации на отдельные виды — социально-психологическую, пространственную и образовательную, так как социальная адаптация подразумевает функционирование индивида во всём многообразии условий среды как системного объекта, а не в её отдельных частях. Нельзя не отметить тесную взаимосвязь трех компонентов в процессе адаптации — социально-психологического (С-П), пространственного (ПР) и образовательного (ОБ), как это показано на рисунке.



Вместе с тем следует подчеркнуть значение для студентов с ограниченными возможностями здоровья социально-психологического компонента. Это обусловлено ролью социально-психологического фактора в модели восприятия лиц с ОВЗ, которая су-

щественно влияет на формы взаимодействия людей без отклонений в здоровье и инвалидов, а также на адаптационные стратегии общества в отношении данной категории.

Социальная адаптация студентов с ОВЗ к условиям вуза представляется проблемной в нескольких аспектах, типичных и для российских, и для зарубежных высших учебных заведений. Так, С. Коби и К. Пэрли, осуществившие исследование в 44 университетах Швейцарии, отметили следующие моменты:

- пространство высших учебных заведений в большинстве случаев не соответствует потребностям инвалидов;
- наблюдаются недостатки в учебной программе университетов в отношении организации образовательного процесса данной категории;
- международное сотрудничество по проблеме высшего образования инвалидов осуществляется в недостаточном объеме, что затрудняет накопление позитивного опыта в этой сфере;
- многие высшие учебные заведения не знают, что обучающиеся в них студенты с ограниченными возможностями здоровья нуждаются в поддержке [Kobi, Pärli, 2010].

Другие зарубежные авторы (например, Д. Холл и Т. Тинклин) также выделяют ряд проблем, которые следует учитывать вузам при обучении студентов с инвалидностью. В частности, они указывают на недоступность учебных помещений, недостаток специальных средств сопровождения образовательного процесса инвалидов по слуху (лексических программных средств, аудиоматериалов и др.), отчужденность со стороны социального окружения вуза по отношению к студентам с инвалидностью, отсутствие навыков обучения данной категории со стороны преподавательского состава. Отдельной проблемой, по мнению авторов, является ограниченность выбора специальности при поступлении в вуз. Здесь студенты с инвалидностью зачастую опираются не на свои личные предпочтения, а на объективные возможности, выбирая то учебное заведение, которое обладает необходимым потенциалом доступности. Из чего следует вывод, что в дальнейшем это обстоятельство может приводить к тому, что выпускник, который получил образование, исходя из этих принципов, будет испытывать трудности в самореализации, что может оказать влияние на его профессиональную адаптацию и социализацию в целом [Холл, Тинклин, 2004].

Отечественные авторы указывают, что процесс социальной адаптации студентов с ограниченными возможностями осложняется рядом таких типичных *стрессоров*, как пространственная недоступность зданий вузов, недостаток учебно-методического сопровождения образовательного процесса людей с инвалидностью, социально-психологические трудности общения между студентами-инвалидами и их однокурсниками без нарушений здоровья. Все эти обстоятельства оказывают негативное воздействие уже на начальной стадии социальной адаптации, а также при выборе высшего учебного заведения. Так, например, Е.Р. Ярская-Смирнова и П.В. Романов обращают внимание на то, что абитуриенты-инвалиды испытывают боязнь «мейнстримной, неприспособленной среды», в силу чего их мотивация к поступлению в вуз значительно снижается [Романов, Ярская-Смирнова, 2006].

Рассмотрим некоторые стрессоры, распространенные в системе высших учебных заведений, в зависимости от выделенных аспектов адаптации — пространственного, образовательного и социально-психологического.

Так, наличие *пространственных стрессоров* в процессе социальной адаптации студентов с ограниченными возможностями обуславливают недоступность вуза, в первую очередь, для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Существуют и другие ограничения в здоровье, требующие создания особых условий

(заболевания, сопровождающиеся нарушениями речи, слуха, зрения). Если в социально-психологическом и образовательном аспектах результат социальной адаптации поддается некоторому влиянию индивида, то в пространственном аспекте он напрямую связан с условиями среды адаптации, т.е. данного вуза. Отсутствие пространственной доступности ставит студентов с инвалидностью в зависимость от микросреды — близких людей, которые помогают им посещать занятия; если такой возможности нет, то приходится отказываться от обучения в вузе. Поэтому обязательно требуется внедрение соответствующих нормативных стандартов доступности пространства, технического оснащения и обустройства «безбарьерной среды». Иначе физические барьеры способны усугубить социальные, привести к эксклюзии инвалидов. Прав Ю.П. Шестопапов, указывая на необходимость «разбудить общество и сформировать установки на понимание проблем инвалидности», одновременно вводя жесткие требования организации среды, доступной для людей с инвалидностью [Шестопапов, 2011: 12].

Образовательный аспект социальной адаптации студентов с ОВЗ к условиям высшего учебного заведения может рассматриваться в дидактическом и организационном контекстах. Во-первых, организация работы со студентами, имеющими ограничение возможностей здоровья, требует наличия соответствующих компетенций и навыков преподавательского состава. Так, выделяются несколько компетенций, которыми должен обладать преподаватель при работе с нетипичными студентами: социально-личностные, общенаучные, инструментальные [Бордовский, 2008: 41]. Важен и такой критерий, как наличие опыта общения преподавательского состава со студентами, имеющими инвалидность. В настоящее время лишь в некоторых городах (например, Москва, Саратов, Санкт-Петербург, Челябинск, Владимир) есть вузы, накопившие опыт высшего образования людей с ограниченными возможностями. Это побуждает часть абитуриентов с инвалидностью обращаться в такие вузы. Однако поступление в них для лиц из отдаленных регионов связано с рядом организационных и финансовых сложностей, преодолеть которые способен не каждый потенциальный студент с инвалидностью. Это обстоятельство препятствует получению высшего образования.

Во-вторых, вузовская подготовка некоторых категорий инвалидов (в первую очередь, с нарушениями зрения, слуха, речи) требует применения специальных технологий, в том числе таких, как сурдопедагогическое сопровождение учебного процесса, информационно-коммуникативные и интерактивные средства. В настоящее время имеется арсенал средств организационного сопровождения учебного процесса, внедряются различные информационно-коммуникативные, мультимедийные и интерактивные технологии. Их применение активно пропагандируется в литературе. Комплекс этих технологий может рассматриваться как необходимый стазор в образовательном и пространственном аспектах адаптации.

Одной из широко обсуждаемых сегодня является проблема взаимоотношения инвалидов и лиц без отклонений в здоровье, которая неоднократно поднималась рядом авторов (Т.А. Добровольская, Н.Б. Шабалина, Е.Р. Ярская-Смирнова, П.В. Романов и др.). Она является ключевой в социально-психологическом аспекте адаптации студентов с ОВЗ, так как в настоящее время все большее внимание обращается на инклюзию, то есть обучение инвалидов в среде типичных (здоровых) сверстников. Следует отметить, что социально-психологические стрессоры в системе вуза носят бивалентный характер. С одной стороны, среда вуза может способствовать увеличению социальной дистанции между студентами без отклонений в здоровье и студентами с инвалидностью посредством различных пространственных, органи-

зационных и социальных барьеров. С другой, — сами студенты с ограниченными возможностями могут не обладать теми характеристиками, которые необходимы им для включения в среду здоровых сверстников. По мнению некоторых специалистов, успешность адаптации индивида с «дефектом» к обществу здоровых определяется тем, насколько сам он идентифицирует себя полноправным членом этого общества [Князева, Корнева, 2005: 96].

Взаимоотношения студентов с инвалидностью и их сверстников без отклонений в здоровье могут усложняться тем, что молодёжное сообщество часто оказывается неготовым к восприятию нетипичности как таковой. В числе первых к этой проблеме обратились Т.А. Добровольская и Н.Б. Шабалина, которые, проведя пилотажное исследование среди 120 представителей интеллигенции и молодежи, сделали вывод о неготовности опрошенных к тесному контакту с инвалидами [Добровольская, Шабалина, 1993: 65]. Несмотря на то, что в настоящее время ситуация несколько изменилась в лучшую сторону, в том числе благодаря активизации деятельности общественных организаций инвалидов, данная проблема по-прежнему остается актуальной. Инвалиды часто оказываются отчужденными и непонятыми из-за специфики своего статуса, характера ограничения жизнедеятельности и образа жизни [см. Шиповская, 2007]. Это еще раз подтверждает особую значимость социально-психологического компонента адаптации, поскольку на основе социального восприятия лиц с инвалидностью формируются соответствующие меры их поддержки и стратегии адаптационной деятельности.

Итак, в современных исследованиях отечественных и зарубежных авторов находят отражение значимые вопросы социальной адаптации студентов с инвалидностью к условиям вуза. Выявлены круг проблем, препятствующих этому процессу, а также факторы-стрессоры, среди которых особо значимыми являются: низкая степень доступности инфраструктуры высших учебных заведений, недостаток специальных средств сопровождения образовательного процесса, социокультурные и психологические барьеры, затрудняющие вовлечение (инклюзию) студентов-инвалидов в среду сверстников, не имеющих ограничений по здоровью. Устранение упомянутых выше и других препятствий на пути социальной адаптации рассматриваемой группы студентов — актуальная задача социальной и образовательной политики государства.

Список литературы

Бордовский Г.А. Кадровое обеспечение инклюзивного образования: подготовка педагогов в Герценовском университете //Вестник Герценовского университета. 2008. № 10.

Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Социально-психологические особенности взаимоотношений инвалидов и здоровых //Социологические исследования. 1993. №1.

Елгина Л.С. Социальная адаптация студентов в вузе //Вестник Бурятского государственного университета. 2010. № 5.

Капица С.И. Понятие социальной адаптации в социологии //Вестник Чувашского университета. 2009. №4.

Князева А.П., Корнеева Е.Н. Психологическая инвалидизация, или личностная идентичность инвалида //Ярославский педагогический вестник. 2005. № 2.

Корель Л.В. Социология адаптаций: вопросы теории, методологии и методики. — Новосибирск: Наука, 2005.

Парахонский А.П. Социальная адаптация студентов в процессе обучения в вузе //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2010. № 11.

Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: социальное гражданство инвалидов в современной России. – Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006.

Урманцев Ю.А. Природа адаптации (системная экспликация) // Вопросы философии. 1998. № 12.

Холл Д, Тинклин Т. Студенты-инвалиды и высшее образование /пер. с англ. // Журнал исследований социальной политики. 2004. №1.

Шестопалов Ю.П. Безбарьерная среда для маломобильных граждан как объект социального проектирования // интернет-журнал «Науковедение». 2011. № 6.

Шиповская Л.П. Две основные фазы социализации — социальная адаптация и интериоризация людей с ограничениями жизнедеятельности // Сервис plus, 2007.

Kobi S., Pärli K. Bestandesaufnahme hindernisfreie Hochschule. Schweiz: Zurcher Fachhochschule, 2010.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

А.В. Герасимов

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В КОНТЕКСТЕ АКМЕОЛОГИИ

ГЕРАСИМОВ Анатолий Васильевич — доктор философских наук, профессор кафедры истории и философии МГГЭИ, заведующий НИЛ по проблемам профессионального образования инвалидов с нарушениями ОДС (e-mail: gav-53@mail.ru).

Аннотация. В статье рассматриваются некоторые теоретико-методологические позиции акмеологии профессионального образования лиц с ограничениями ОДС.

Ключевые слова: акмеология, акмеологический подход, образование, профессиональное образование, лица с ограничениями опорно-двигательной системы, самореализация инвалида, профессионализм, профессиональный рост.

В современном мире, где возрастает потребность в высококвалифицированных специалистах, занятых в наукоемких отраслях промышленности, залогом успешного трудоустройства становится высшее образование. Для людей с инвалидностью профессиональное образование является еще и действенным механизмом повышения социального статуса, обеспечения экономической независимости и интеграции в общество. Эти идеи нашли свое отражение в Федеральном законе от 24.11.1995 г. № 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», а в связи с ратификацией Российской Федерацией в 2012 г. «Конвенции ООН о правах инвалидов» проблема профессиональной самореализации инвалидов приобрела новое звучание. В соответствии с этим документом государства должны принимать надлежащие меры к тому, чтобы дать инвалидам возможность развивать и использовать свой творческий, художественный и интеллектуальный потенциал — не только для своего блага, но и ради блага общества. В целях реализации этого права без дискриминации и на основе равенства возможностей государства-участники должны обеспечить инклюзивное (интегрированное) образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни [Конвенция..., 2006].

Анализ состояния профессионального образования инвалидов в Российской Федерации, проведенный специалистами федеральных и региональных органов управления образованием и социальной защиты, показывает, что на рубеже XX и XXI веков возникла необходимость глубоких изменений в его организации и содержании, вызванная как рядом устойчивых тенденций в социальной политике, изменением социально-экономического базиса страны, достижениями науки, техники и технологий, так и становлением новой ценностно-смысловой характеристики профессионального образования.

В настоящее время назрела необходимость совершенствования профессионального образования инвалидов и обеспечения им возможностей для полноценного участия в жизни общества, когда инвалид сам стремится освободиться от необходимости получать различные социальные пособия и жить на заработанные им самим

средства. Тем не менее, доступность лиц, имеющих специальные образовательные потребности, к качественному профессиональному образованию как важному условию их реабилитации остается не обеспеченной. Основными причинами являются: отсутствие специальных образовательных условий, учитывающих своеобразие адаптации к учебному процессу инвалидов; необеспеченность специальными образовательными технологиями и программами, интегрированными с системой профессионального образования; недостаточная разработка комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения обучаемых со специальными потребностями, обеспечивающего сохранение здоровья и социально-профессиональную реабилитацию в условиях существующих систем профессионального образования.

Понимание роли профессионального образования как важного условия социальной интеграции инвалидов определяет необходимость совершенствования методологических и методических подходов к его содержанию и организации. Среди этих подходов акмеологический подход к профессиональному образованию в настоящее время является одним из прогрессивных и перспективных. Необходимость акмеологического подхода в учебно-воспитательном и управленческом процессе вуза очевидна, поскольку общество ожидает от высшей школы, что ее выпускники будут коммуникабельными, креативными, самостоятельно мыслящими личностями, стремящимися к успеху и умеющими самостоятельно строить индивидуальную траекторию развития. Акмеологические приемы, акме-технологии предлагают практическое решение вопроса личностного и профессионального успеха.

Что же представляет собой акмеология? Акмеология (от акме, др.-греч. — высшая точка, острие, зрелость — и logos — учение) — наука, изучающая феноменологию, закономерности и механизмы развития человека на ступени его профессиональной зрелости. Понятие акмеологии впервые было введено в научный оборот Н.А. Рыбниковым еще в 1928 г. для обозначения науки о развитии зрелых людей. В 1968 г. Б.Г. Ананьев нашел ей место в системе наук, изучающих возраст и фазы жизни человека как индивида, расположив их в следующей последовательности: эмбриология человека, морфология и физиология ребенка, педиатрия, педагогика, акмеология, геронтология (наука о старении). Б.Г. Ананьев поставил акмеологию вслед за педагогикой, как бы говоря тем самым, что это наука о закономерностях развития зрелых людей под влиянием образования или средствами образования [Ананьев, 1969].

Как самостоятельная научная дисциплина акмеология начала формироваться в 90-е годы XX столетия. А.А. Деркач, являющийся одним из основателей акмеологии как самостоятельной научной дисциплины, указывает, что основной задачей акмеологии является прослеживание закономерностей развития взрослого человека в характеристиках индивида, личности и субъекта деятельности и достижение им в этом развитии наиболее высокого или оптимального уровня [Акмеология, 2004]. По его мнению, «сущность акмеологического подхода заключается в осуществлении комплексного исследования и восстановления целостности субъекта, проходящего ступень зрелости, когда его индивидуальные, личностные и субъектно-деятельностные характеристики изучаются в единстве, во всех взаимосвязях и опосредованиях, для того чтобы содействовать достижению высших уровней, на которые может подняться каждый» [Деркач, 2004].

Предметом акмеологии как науки являются:

- закономерности самореализации творческих потенциалов зрелых людей в процессе созидательной деятельности на пути к высшим достижениям (вершинам);
- факторы, объективные и субъективные, содействующие и препятствующие достижению вершин;

- закономерности обучения вершинам жизни и профессионализма в деятельности;
- самообразование, самоорганизация и самоконтроль;
- закономерности самосовершенствования, самокоррекции и самореорганизации деятельности под влиянием новых требований, идущих как извне, от профессии и общества, развития науки, культуры, техники, так и, особенно, изнутри, от собственных интересов, потребностей и установок, осознания своих способностей и возможностей, достоинств и недостатков собственной деятельности [Бранский, Пожарский, 2002].

Акмеология выделилась в самостоятельную науку, практически доказав свою значимость для решения современных социальных, кадровых, профессиональных, образовательных, педагогических и других проблем. Проблема профессионального роста человека, его успешности является центральной для акмеологии. Акмеология целенаправленно выделяет профессионализм и воздействующие на него факторы в качестве предмета своего исследования и имеет своей задачей построение, разработку и совершенствование систем профессиональной подготовки, где суть задач, решаемых современным образованием, можно определить как создание для молодого человека широкого арсенала возможностей и потенциалов [Деркач, 2004].

Акмеология, исследуя профессионализм, обращается к его условиям и факторам, находимым, выделяемым и анализируемым на различных этапах жизни человека. Она имеет своей задачей построение, разработку и совершенствование систем повышения профессионального мастерства. Такие системы могут быть специализированы, подготовлены для использования в рамках конкретных, традиционных видов деятельности (в настоящее время можно говорить о педагогическом, инженерном, профессионально-техническом, медицинском направлениях акмеологии), но могут быть также исполнены в обобщенном виде для применения ко всяким видам деятельности. Это обстоятельство выступает не только как специфическая особенность акмеологического знания, но и как основной ориентир в представлении современного высшего профессионального образования. Ведь суть задач, решаемых современным образованием, можно определить, как создание для молодого человека широкого арсенала возможностей и потенциалов.

В целях изучения и анализа профессионального мастерства и разработки оптимальных технологий развития профессионализма акмеология проводит исследования процессов и способов осуществления различными специалистами профессиональной деятельности, синтезируя для этого достижения других наук о человеке, прежде всего, философии, социологии, психологии, физиологии, генетики и педагогики. При этом главной задачей является изучение условий и факторов, влияющих на личностно-профессиональное становление в условиях вузовского обучения.

Результаты исследований акмеологии показывают, что динамичное реагирование систем подготовки и совершенствования профессионального мастерства на потребности практики может быть обеспечено только созданием комплексной системы, включающей в себя: постоянное исследование профессиональной деятельности, ситуаций, в которых она протекает, возникающих в ней проблем, разработку методов и способов их решения, постоянный поиск и внедрение новых эффективных методов обучения профессионалов.

Таким образом, разработанные теоретические основания для практик профессионального развития могут выступать основой создания новых эффективных подходов к формированию и развитию акме человека в процессе высшего профессионального образования. Открытие самого себя как особой реальности, значимой и достойной изучения, обращение в первую очередь к себе в поиске возможностей своего про-

грессивного развития — сближают акценты акмеологического подхода и стратегий современного высшего образования. Экстраполяция на теорию и методику высшего образования решаемых в рамках акмеологии *задач изучения психолого-акмеологических* закономерностей и детерминант личностного и профессионального развития на пути к «акме» позволяет обосновать сущностные позиции в определении современного высшего образования как психолого-акмеологического процесса [Козлова, 2007: 17–18].

Основные аспекты развития акмеологии позволяют рассматривать ее в контексте современного профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), исходя из следующих позиций:

1. В рамках акмеологии стоят задачи изучения психолого-акмеологических закономерностей и детерминант личностного и профессионального становления лиц с ОВЗ на пути к «акме». Это позволяет обосновать сущностные позиции в определении современного высшего образования лиц с ОВЗ как психолого-акмеологического процесса.

2. Процесс движения человека с определенными физическими ограничениями к вершинам профессионализма и зрелости личности рассматривается как «прирост» новых специфических качеств и способностей — акменавленную мотивацию, способность строить и реализовывать индивидуальную стратегию своего развития. Собственно он и определяется как акме-ориентированный процесс.

3. Идеи целостности, единства личностного и профессионального развития человека лежат в основе акмеологического подхода, который состоит в выявлении условий мобилизации у человека установки на свои наивысшие достижения, на наиболее полную самореализацию личности. Акмеологический подход к содержанию профессионального образования лиц с ОВЗ, технологиям их обучения и воспитания, управлению системой профессионального образования лиц с ОВЗ позволяет перевести образовательные учреждения из режима функционирования к развитию, при этом значительно повышается и качество профессионального образования.

Коллективом научно-исследовательской лаборатории МГТЭИ по проблемам профессионального образования инвалидов с нарушениями опорно-двигательной системы разработана *акмеологическая модель высшего профессионального образования лиц с ОВЗ*, которая состоит из следующих компонентов:

а) акмеологическая среда — энергетическое пространство вуза, его социум, установка в деятельности преподавателей и студентов на успех, высокие результаты, творческий поиск, когда престижно хорошо учиться и хорошо работать;

б) акмеологические технологии — это технологии саморазвития и обеспечения достижений каждого студента-инвалида;

в) акмеологическая позиция преподавателя — профессиональная ориентация на успех в собственной педагогической деятельности, в работе всего коллектива кафедры и факультета, в обучении и воспитании каждого студента, в развитии его творческого потенциала, установка на саморазвитие.

Обращение к проблеме профессионального мастерства создает теоретическую основу для построения системы акмеологических технологий, направленных на личностно-профессиональное становление в процессе обучения лиц с ОВЗ. Следовательно, появилась возможность привнесения акмеологического знания в сферу высшего профессионального образования инвалидов с учетом целостного видения конкретного человека во всех его измерениях и взаимосвязях. Акмеологический подход, кроме того, предполагает целостность и интеграцию в рамках единой системы не только исследовательских, но и деятельностных, развивающих моделей, алгоритмов и технологий.

В контексте построения образовательной парадигмы существенным является тот факт, что состояние зрелости не появляется у человека неожиданно и сразу. На него «работает» вся предшествующая жизнь, где образование выступает существенным и качественным этапом жизни, от которого зависит, с каким запасом физической прочности подойдет человек к ступени зрелости, какие ценностные ориентации и отношения составят ядро его личности и какие способности, а также какие потенциальные составляющие профессиональной компетентности будут характеризовать его как субъекта деятельности.

Этот высший для каждого человека уровень в его развитии, который приходится на какой-то временной отрезок его зрелости, есть его акме, его вершина. Насколько высокой оказывается эта «вершина», насколько она содержательно многогранна и богата, настолько личностно и социально значимы, новаторски оригинальны результаты всех его деяний. Это зависит от особенностей жизненного пути, который прошел человек до своего «акме», от социальной, экономической, политической, правовой, социально-психологической ситуаций, в которые он попадал, поднявшись и находясь на ступени зрелости. Но не в меньшей мере качественно-количественные показатели его «акме» определяются тем, какой сформировался у него кругозор, общий и специальный интеллект, нравственное ядро, насколько развились способности творца, т.е. как и что он получил в ходе и процессе профессионального образования.

Таким образом, можно выделить класс *задач* в системе высшего образования лиц с ОВЗ, которые возможно решать с опорой на акмеологическое знание:

- изучение условий и факторов, определяющих качественно-количественные характеристики «акме» в условиях высшего профессионального образования лиц с ОВЗ (в большей мере — наличие необходимого, чтобы полноценное «акме» действительно состоялось);
- обращение к проблеме профессиональной компетентности, предоставляющей возможность изыскивать резервы, которые позволяют лицам с ОВЗ на высоком инновационно-творческом уровне выполнять деятельностные функции;
- анализ моделей становления профессионализма и зависимостей между его характеристиками. Как полагает Л.А. Ясюкова, для успешности овладения и осуществления деятельности особое значение имеет не столько уровень выраженности отдельных профессионально важных свойств личности, сколько характер взаимосвязей между ними. При существовании тесных и положительных взаимосвязей большинства личностных свойств возникает процесс их взаимоусиления, при возникновении же антагонистических взаимосвязей между свойствами личности развитие одних сторон личности приводит к деградации других, что делает невозможным достижение высокого уровня профессионального мастерства [Ясюкова, 2005];
- структурирование общих признаков с опорой на организационно-методическое обеспечение, позволяющее выявить достигнутый уровень личностно-профессионального становления лиц с ОВЗ в условиях высшего профессионального обучения;
- акцент на теоретическое осмысление психологических механизмов профессионализма в педагогической деятельности преподавателей, рассмотрение объективных и субъективных факторов продуктивности их деятельности, осуществление диагностики развития профессионального самосознания и позиции, качеств и свойств, обеспечивающих в будущем процессы личностного, профессионального роста и самореализации.

Список литературы

- Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – Л.: ЛГУ, 1969.
- Акмеология. Учебник. – М.: РАГС, 2004.
- Бранский В.П., Пожарский С.Д. Социальная синергетика и акмеология. – СПб.: Политехника, 2002.
- Деркач А.А. Акмеологические основы развития профессионала. – М. – Воронеж, 2004.
- Козлова Н.В. Личностно-профессиональное становление: психолого-акмеологический подход. – Томск: Изд-во ТПУ, 2007.
- Конвенция ООН о правах инвалидов (2006) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.un.org/russian/document/convents/disability.html>, свободный (дата обращения: 10.11.2010).
- Ясюкова Л.А. Закономерности развития понятийного мышления и его роль в обучении. – СПб.: ГП ИМАТОН, 2005.

Б.Д. Андикян

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ОСОБЕННОСТИ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ

АНДИКЯН Бела Дживановна — соискатель кафедры социологии МГГЭИ (e-mail: antonella82@mail.ru).

***Аннотация.** Рассматриваются проблемы инклюзивного образования; показаны его особенности, трудности и противоречия развития в России.*

***Ключевые слова:** интеграция, инклюзия, инклюзивное образование, социальная среда, социальная политика, инклюзивная практика.*

Интеграция является важнейшим фактором развития современного общества. В статье под интеграцией понимается форма совместного бытия обычных людей и людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности, которую поддерживает и развивает (или не поддерживает) общество и его подсистемы (в том числе подсистема образования) и по отношению к которой все члены общества имеют право свободного выбора [Назарова, 2011].

Интеграция в образовании рассматривается как право выбора каждым учащимся места, способа и языка обучения. Для учащихся с особыми образовательными потребностями в случае их выбора в качестве места обучения учреждения общего назначения — создание условий, адекватных по качеству специальных образовательных услуг возможностям специального образовательного учреждения, и *полное включение* в образовательный процесс массового образовательного учреждения (*инклюзия*). Для обычных учащихся образовательная интеграция (инклюзия) означает свободу выбора между инклюзивным и обычным классом и обеспечение качества и темпа обучения, предусмотренных образовательным стандартом [Назарова, 2011].

Интеграция и инклюзия в образовании имеют некоторые отличия.

Новый термин «инклюзивное обучение/воспитание/образование» (inclusion) был предложен ЮНЕСКО для того, чтобы подчеркнуть необходимость специальных усилий, которые должны быть сделаны окружением (администрацией учреждений,

архитекторами, педагогами, детьми) для того, чтобы человек с нарушениями функций организма был действительно включен в систему образования и имел равные возможности с другими. Термин был предложен в дополнение к термину «интегративное обучение /воспитание/образование», под которым часто понимается простое помещение человека с особыми потребностями в обычные условия образовательного процесса.

При этом предполагается создание коррекционных учебных заведений, где реализуется индивидуальный подход. Но обучение в них, выделение «особых» групп учащихся ведет к исключению «особых» детей из социальной жизни, создает определенные барьеры в их общении и взаимодействии с окружающей социальной средой.

Принцип инклюзивного образования заключается в следующем: администрация и педагоги обычных школ принимают детей с особыми образовательными потребностями независимо от их социального происхождения, физического, эмоционального и интеллектуального развития и создают им специальные условия, ориентированные на потребности этих детей. «Инклюзивное» образование — это признание ценности различий, присущих людям и их способности к обучению, которое ведется способом, наиболее подходящим данному человеку. Это гибкая система, которая учитывает потребности не только людей с проблемами развития, но и разных этнических и социальных групп. Система обучения подстраивается под них, а не они под систему.

Замена слова «интегративный» на «инклюзивный» отражает как изменение в образовательном процессе, так и достижение иного уровня его, при котором дети не только объединены в единое целое (от «to integrate» — «объединять в единое целое»), но и включены в социум, являются полноправной его частью («to include» — «содержать», «включать», «иметь в своем составе»)*.

Иными словами, интеграция означает приведение потребностей детей с психическими и физическими нарушениями в соответствие с системой образования, остающейся в целом неизменной: массовые школы не приспособлены для детей-инвалидов (причем ученики с инвалидностью, посещая массовую школу, не обязательно учатся в тех же классах, что и все остальные дети). Инклюзия же — это реформирование школ и перепланировка учебных помещений таким образом, чтобы они отвечали нуждам и потребностям всех без исключения детей [Романов, Ярская-Смирнова, 2006].

Идея инклюзивного образования появилась в Соединенных Штатах Америки как инновационная концепция гражданских прав и антидискриминационная концепция образовательной политики в отношении инвалидов. Широкое распространение получила в связи с принятием в США Закона об инвалидах (1990), а также ряда других законодательных документов в европейских странах. Инклюзивное обучение и воспитание — закономерный этап развития системы образования в мире — процесс, в который вовлечены все высокоразвитые страны, в том числе и Россия. [Байрамов, Герасимов, Тюрин, 2012; Социальная защита и реабилитация инвалидов..., 2011]. Первые инклюзивные образовательные учреждения появились в нашей стране на рубеже 1990 гг. Так, в Москве в 1991 г. по инициативе московского Центра лечебной педагогики и родительской общественной организации появилась школа инклюзивного образования «Ковчег». В том же году был учрежден Московский институт-интернат (сегодня Московский государственный гуманитарно-экономический институт) как специализированное учебное заведение для людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА). Сегодня это высшее учебное заведение, где

* http://ortolife3.ucoz.ru/publ/rabota_i_obrazovanie/otlichie_integracionnogo_i_inkluzivnogo_obrazovaniya/2-1-0-567.

обучаются не только студенты с ОВЗ, но и студенты без ограничений по здоровью. Таким образом, в МГГЭИ уже реализуется система инклюзивного образования.

Итак, в основу инклюзивного образования положена концепция, согласно которой исключается любая дискриминация, обеспечивается равное отношение ко всем людям, но создаются особые условия для детей, имеющих специфические образовательные потребности. В инклюзивном образовании разрабатываются подходы к преподаванию и обучению, способствующие более полному удовлетворению различных потребностей людей в обучении. Если учебно-воспитательный процесс станет более эффективным в результате использования новых подходов, то выиграют все (не только те, кто имеет особые потребности).

Одна из сложностей заключается в самом подходе к инклюзивному образованию. Согласно Федеральному Закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г., профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов осуществляются в «специальных профессиональных образовательных учреждениях в соответствии с государственными образовательными стандартами на основе образовательных программ, адаптированных для их обучения». Это положение противоречит основной идее инклюзивного обучения. Для смешанных групп необходимо предусматривать специальные учебные планы, которые совмещали бы интересы различных учащихся, в том числе лиц с ОВЗ. Хорошим решением является введение модульного типа обучения, при котором студенты с ОВЗ могли бы усваивать материал в полном объеме в том темпе и режиме, который им наиболее комфортен, а студенты без ОВЗ не теряли бы в качестве знаний и темпе работы, что, к сожалению, иногда случается [Проблемы социальной интеграции..., 2010: 171].

В Федеральном Законе «Об образовании» от 10 июля 1992 г. [Собрание законодательства РФ, 2007], говорится о том, что государство создает гражданам с ограниченными возможностями здоровья условия для получения ими образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов. Исследователями отмечается, что, к сожалению, в этом законе дана некорректная (с точки зрения права на образование инвалидов) формулировка, сконцентрировавшая внимание на недостатках, а не на потенциальных возможностях таких лиц, и мы вынуждены сегодня ею пользоваться. Во всем мире такие лица в образовательном законодательстве определяются как «лица со специальными образовательными потребностями», адекватна также формулировка «лица, нуждающиеся в специальных условиях для получения образования» [Дименштейн и др. 2008: 75]. Можно надеяться, что упомянутые формулировки найдут отражение в российском законодательстве.

Сегодня очевидно, что развитие отечественного инклюзивного образования будет не очень эффективно, если действовать методом формального переноса зарубежных моделей в неизменяемые условия обучения и воспитания отечественных образовательных учреждений общего назначения, без осмысления соответствующей теории и практики.

В основе зарубежных исследований и концепций инклюзивного обучения лежат философские идеи экзистенциализма, прагматизма, постмодернизма, феноменологии, которые в теории и методологии конкретных наук — психологии, педагогики, социологии — преломляются в интерактивный подход, в своем развитии давший такие направления, как персоналистское, социально-феноменологическое, социально-экологическое, и др. Например, философия экзистенциализма предложила новый взгляд на человека с ограниченными возможностями, его индивидуальное и соци-

альное бытие, согласно которому каждая личность выступает как единственная в своем роде, неповторимая и свободная, «выбирающая» и «строящая» себя и свою жизнь сама, ответственная за свои действия по отношению к себе и окружающему миру [Назарова, 2011].

Инклюзивный подход в образовании стал утверждаться в связи с тем, что на смену «медицинской» модели, которая определяет инвалидность как нарушение здоровья, приходит «социальная» модель. Согласно этой модели, причина инвалидности находится не в заболевании как таковом, ее надо искать в существующих в обществе физических («архитектурных») и организационных («отношенческих») барьерах, стереотипах и предрассудках. Социальный подход к пониманию инвалидности закреплен в Конвенции о правах инвалидов (2006): «Инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими».

В социальной модели ребенок с инвалидностью или с другими особенностями развития не является «носителем проблемы», требующим специального обучения. Напротив, проблемы и барьеры в обучении такого ребенка создает общество и несовершенство системы образования, которая не может соответствовать разнообразным потребностям всех учащихся в условиях общей школы. Для успешного осуществления инклюзии учащихся с особыми образовательными потребностями в общеобразовательный процесс *требуются изменения самой системы образования*. Ей необходимо стать более гибкой и способной к обеспечению равных прав и возможностей обучения всех людей — без дискриминации инвалидов. Следуя принципам социальной модели, обществу необходимо преодолеть негативные установки в отношении инвалидности, изжить их и предоставить людям с инвалидностью равные возможности полноценного участия во всех сферах школьной и внешкольной активности в системе общего образования [Борисова, Пуршинский, 2009].

Современному этапу развития инклюзивного образования присущи *противоречия и проблемы*. Важной проблемой является недостаточная профессиональная подготовка педагогов общего образования и специалистов сопровождения, способных реализовать инклюзивный подход. Они нуждаются в специализированной комплексной помощи со стороны специалистов в области коррекционной педагогики, специальной и педагогической психологии, в понимании и реализации подходов к индивидуализации обучения со специальными образовательными потребностями, в категорию которых, в первую очередь, попадают люди с ограниченными возможностями здоровья. Но самое важное, чему должны научиться педагоги и специалисты, — это работать с разными людьми и учитывать это многообразие в своем педагогическом подходе к каждому.

Инклюзивная практика требует от специалистов новых компетенций и знаний. Востребованными становятся специалисты, обладающие не просто педагогическим или психологическим образованием и опытом работы, но и высоким уровнем профессионализма в таких областях, как специальная педагогика и психология. Возникает и необходимость в принципиально новых профессиях для нашей страны — например, *тьютора* (разработка индивидуальных образовательных программ учащихся и студентов и сопровождение процесса индивидуального образования в школе, вузе, в системах дополнительного и непрерывного образования).

Поскольку система высшего профессионального образования находится на начальном этапе подготовки кадров для инклюзивного образования, основным направлением сегодня становится повышение квалификации и переподготовка специалистов, уже включенных в инклюзивную практику.

Не так давно инициатива в продвижении идей инклюзивного образования принадлежала исключительно родителям, которые, объединяясь в общественные организации, создавали прецеденты включения детей в группы (классы) обычно развивающихся детей. В настоящее время отношение к детям с ОВЗ заметно изменилось: мало кто возражает против того, чтобы образование было доступным для всех детей без исключения; основной вопрос в том, *как сделать*, чтобы ребенок с ОВЗ не только получил богатый социальный опыт, но и в полной мере реализовал свои образовательные потребности, чтобы совместное обучение такого ребенка не снизило уровень образования других детей. Таким образом, вопросы из идеологической плоскости переместились в организационную и научно-методическую.

Цели инклюзивного образования находятся в принципиально иной системе координат, нежели цели привычных нам систем общего и специального образования. В то же время, несмотря на выраженную специфику, инклюзивное образование не направлено на то, чтобы ликвидировать сложившуюся систему специального образования. Оно стремится к *соединению и взаимообогащению* до сих пор слабо связанных между собой систем общего и специального образования. К сожалению, по данным московского мониторинга, почти 80% педагогов, работающих в специальных коррекционных образовательных учреждениях (СКОУ), не принимают идеи совместного обучения детей с ОВЗ со здоровыми сверстниками. Приоритет развития совместного образования инвалидов и здоровых обучающихся не означает отказа от лучших достижений российской системы специального образования. Накопленный специалистами СКОУ опыт приемов и методов обучения можно рассматривать как ресурс развития инклюзивного образования. Несомненно специалисты коррекционных ОУ придут на помощь детям с ОВЗ, которые будут учиться в обычной школе.

Более того, создание системы раннего выявления отклонений в развитии, коррекционно-педагогической работы с детьми раннего возраста в дошкольных образовательных учреждениях обеспечит в дальнейшем получение значительного социально-экономического эффекта.

Доступ детей-инвалидов к более качественным образовательным услугам увеличит долю детей-инвалидов, имеющих общее среднее образование и, как следствие, долю тех, кто сможет претендовать на получение среднего и высшего профессионального образования.

В условиях отсутствия общегосударственных институциональных основ инклюзивного образования становится очень актуальным и востребованным *региональный* опыт продвижения инклюзивного образования. Развитие региональных проектов этого вида образования в России чаще всего осуществляется в партнерстве государственных организаций (краевых и областных министерств и агентств образования, городских и территориальных управлений образования, регионального аппарата уполномоченного по правам ребенка) и организаций, представляющих неправительственный сектор.

К образовательным учреждениям, реализующим в своей работе модели инклюзивного образования, предъявляются требования о наличии: специальных образовательных программ, разработанных с учетом индивидуальной программы реабилитации инвалидов; коррекционных методов, технических средств; специально подготовленных педагогов; медицинского обслуживания, социальных и иных условиях, без которых невозможно (затруднено) освоение общеобразовательных программ детьми-инвалидами.

Для достижения поставленной цели необходим комплекс мер: разработка нормативных правовых актов, регламентирующих организацию совместного обучения

детей-инвалидов и детей, не имеющих нарушений развития; разработка типовых решений для организации соответствующей поддержки для их эффективного обучения; оснащение учебных заведений специальным оборудованием для обучения инвалидов; разработка универсального дизайна помещений для учебы; формирование в каждом субъекте Российской Федерации сети базовых образовательных учреждений, осуществляющих совместное обучение инвалидов и лиц, не имеющих нарушения развития; разъяснение сути инклюзивного образования с целью формирования позитивного отношения граждан с помощью телевидения, радио и иных СМИ; создание банка данных о «лучших практиках» введения инклюзивного и специального образования для распространения этого опыта во всех регионах Российской Федерации и т.д. Основная цель заключается не в немедленной организации инклюзивного образования как нового сегмента системы образования, а в комплексном эволюционном изменении всех ступеней образования на основе принципов инклюзии.

Инклюзивное образование не может быть построено в одночасье. Это процесс, требующий времени. Главное в нем — не останавливаться на достигнутом, быть требовательным и критичным к достижениям, не считать промежуточные вынужденные решения законченными и принятыми раз и навсегда. Каждый регион, отдельный город, городской район, отдельная школа могут сами выбрать, с чего начинать построение инклюзивного образования. Введение его — это путь постоянных изменений и поисков. Мы находимся на этапе переходного периода, осмысления задачи, поэтому эволюционность и темпы продвижения к цели будут во многом зависеть от понимания, активности и деятельности всех субъектов образовательного процесса и создания соответствующих условий в обществе.

Список литературы

Байрамов В.Д., Герасимов А.В., Тюрин А.В. Образование лиц с ограниченными возможностями здоровья в современной России: теоретико-методические аспекты. — М.: КНОРУС, 2012.

Борисова Н.В., Прушинский С.А. Инклюзивное образование: право, принципы, практика /отв. ред.: М. Ю. Перфильева. — М.: Владимир: ООО «Транзит-ИКС», 2009.

Дименштейн Р.П. и др. Основные принципы регионального законодательного пакета «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья» // Образование для всех: политика и практика инклюзии. Сборник научных статей и научно-методических материалов. — Саратов, 2008. С. 75.

Малафеев Н.Н., Никольская О.С., Кукушкина О.И. Дети с отклонениями в развитии в общеобразовательной школе: общие и специальные требования к результатам обучения //Дефектология. 2010. № 5.

Малафеев Н.Н., Шматко Н.Д. Интеграция и специальные образовательные учреждения: необходимость перемен //Дефектология. 2008. № 2.

Назарова Н.М. Теоретические и методологические основы образовательной интеграции. Материалы Международной научно-практической конференции «Инклюзивное образование: методология, практика, технологии», Москва, 20–22 июня 2011 г. — М.: МГППУ, 2011.

Назарова Н.М., Моргачёва Е.Н., Фуряева Т.В. Сравнительная специальная педагогика. — М.: «Академия», 2011.

Проблемы социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в современное общество. Материалы Международной научно-практической конференции, Москва, 25–26 марта 2010 г. — М.: Изд-во МГСГИ, 2010.

Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: социальное гражданство инвалидов в современной России. – Саратов, 2006. С. 62.

Собрание законодательства РФ. 2007. № 27. Ст. 3215.

Социальная защита и реабилитация инвалидов: российское и зарубежное законодательство. Материалы Всероссийской научно-практической конференции (Москва, 8–9 июня, 2011 г.) /под общ. ред. О.Н. Смолина. – М.: Логосвос, 2011.

Л.В. Дегтева, Е.М. Бабанова

ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ТРУДОУСТРОЙСТВА ЛИЦ С ОВЗ И ИНВАЛИДОВ

ДЕГТЕВА Любовь Вячеславовна — кандидат философских наук, доцент, декан факультета экономики МГГЭИ (degteva19@mail.ru).

БАБАНОВА Елена Михайловна — преподаватель кафедры менеджмента организации, соискатель кафедры социологии МГГЭИ (7672213@mail.ru).

Аннотация. В статье рассматриваются трудности реализации декларированных прав людей с ОВЗ и инвалидов на получение профессионального образования и трудоустройство. Показаны некоторые условия, расширяющие возможность для осуществления особых потребностей этих людей.

Ключевые слова: профессиональное образование, дополнительное образование, инвалидность, дистанционное образование, ограниченные возможности здоровья, трудоустройство, модернизация образования, государственная политика.

По оценкам ООН, каждый десятый человек на планете имеет инвалидность, а уровень развития общества оценивается по отношению к людям с ограниченными возможностями. В России 10% населения страны — инвалиды. Это более 13 млн человек. К первой, самой тяжелой группе инвалидности, относятся почти 2 млн человек. Ко второй — почти 7 млн человек. И третью группу инвалидности составляют около 4 млн человек. Отдельная категория — это дети-инвалиды, их в России сегодня около 600 тысяч человек. Ежегодно количество инвалидов увеличивается на 1 млн человек [Тематический форум..., 2011]. Слово «инвалид» в цивилизованных странах почти не употребляется. Тех, кто в силу болезни или несчастного случая утратил какие-то важные функции организма, называют «людьми с ограниченными возможностями здоровья».

Конституция Российской Федерации гарантирует равные права всем гражданам, независимо от отсутствия или наличия каких-либо ограниченных возможностей здоровья. Права инвалидов отражены в законе «О социальной защите инвалидов в РФ». Социальная защита инвалидов включает систему гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими людьми возможностей участия в жизни общества. Но на деле в России до сих пор не создана система обеспечения прав и интересов инвалидов, соответствующая международным стандартам. У инвалидов по-прежнему отсутствуют реальные механизмы обеспечения своих прав. У них возникают огромные трудности при трудоустройстве. Чаще всего они работают на низкооплачиваемых местах. Семьи, в которых появляется ребенок-инвалид, зача-

стую испытывают не только эмоциональный стресс, но и серьезные материальные и иные трудности.

Большинство инвалидов, сталкиваясь с непониманием со стороны общества, считают себя «второсортными», полагают, что большее, на что они могут рассчитывать, — это жалость. Процесс взаимоотношений между обществом и инвалидами сегодня строится на, можно сказать, отношениях нейтралитета. Для того, чтобы человек с ограниченными возможностями здоровья почувствовал себя полноценным членом общества, необходимо создать условия для преодоления барьеров, возникших в его жизни, дать ему оптимальные возможности участия в общественных делах.

Нужно изменить отношение к лицам с ограниченными возможностями здоровья. Они должны полностью интегрироваться в современную жизнь, работать, использовать все жизненные блага, чувствовать себя полноценными членами общества.

В данной статье мы подробнее остановимся на проблемах профессионального образования и трудоустройства инвалидов, так как именно решение этих вопросов даёт возможность людям с ОВЗ самоутвердиться, осознать себя активными членами общества, способными внести свой вклад в его развитие.

В условиях динамично развивающегося рынка труда, внедрения технических усовершенствований, постоянно возрастающей конкуренции появляется необходимость вновь и вновь доказывать свою профессиональную пригодность. Особенно актуальным это является для людей с ограниченными возможностями здоровья, поскольку, несмотря на декларированное право лиц с инвалидностью на получение образования в любом высшем учебном заведении страны, в реальности большинство российских вузов не в состоянии обеспечить необходимые условия для обучения инвалидов. Отсутствие безбарьерной среды, специализированных учебных пособий, специальных компьютерных программ — все это обрекает людей с ограниченными возможностями здоровья на выбор из ограниченного числа образовательных программ, реализуемых либо немногочисленными специализированными учебными заведениями, либо немногими вузами, создавшими реальное безбарьерное пространство. В их числе можно назвать Московский государственный технический университет имени Н.Э. Баумана, Новосибирский государственный технический университет, Владимирский и Челябинский государственные университеты, Московский государственный гуманитарно-экономический институт, Московский городской психолого-педагогический университет, Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена (Санкт-Петербург), Красноярский государственный торгово-экономический институт, Московский государственный специализированный институт искусств, негосударственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Академия управления «ТИСБИ» (г. Казань). Не лучше и ситуация в сфере среднего и начального профессионального образования.

По данным Министерства образования и науки Российской Федерации, на 1 января 2010 г. в России функционировали 1114 вузов с численностью студентов 7,418 млн чел., из них 24,9 тыс. — студенты с ограниченными возможностями здоровья; 2866 учреждений среднего профессионального образования, в которых обучалось 2,142 млн чел., в том числе 14,8 тыс. инвалидов, 2658 учреждений начального профессионального образования — 1,035 млн учащихся, из них 26 тыс. инвалидов.

Какие же условия необходимы для того, чтобы расширить возможности профессионального образования лиц с инвалидностью? Остановимся на некоторых из них.

Прежде всего, это доступность физической среды, включая жилье, транспорт и т.д., что очень важно для независимой жизни инвалидов и иных маломобильных групп населения. В государственной программе «Доступная среда» предусмотрен

системный подход к решению проблемы лиц с ОВЗ. Создана законодательная база, которая требуется для обеспечения доступности, включая федеральный закон «О социальной защите инвалидов», «О техническом регламенте безопасности зданий и сооружений». Очень важное значение имеет приведение нормативных правовых актов в соответствие с положениями Конвенции ООН о правах инвалидов [Тематический форум..., 2011].

«Доступная среда» — это *безбарьерная* среда для людей с инвалидностью, обеспечивающая доступ к образовательным ресурсам и совместный процесс их обучения в обычных образовательных учреждениях. Она направлена на развитие инклюзивного образования, основная идея которого заключается в исключении любой дискриминации учащихся, создании специальных условий для людей, имеющих особые образовательные потребности.

Принципиально новые возможности для решения многих проблем открывает *дистанционное образование*. Российский опыт развития дистанционного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья, которые в силу своих особенностей не посещают образовательные учреждения, свидетельствует о том, что данная форма обучения с использованием информационных и телекоммуникационных технологий является эффективным средством организации их образования. Дистанционное обучение рассматривают «как планируемую и систематическую деятельность, включающую выбор, дидактическую подготовку и предоставление учебных материалов, а также наблюдение и оказание помощи студентам в их учении путем преодоления расстояния между студентом и преподавателем посредством различных форм связи» [Образование и XXI век..., 1999: 121].

Интеграция современных информационных технологий в систему дополнительного образования инвалидов на базе элементов новой информационно-образовательной технологии и развертывание системы дистанционного обучения позволяет существенно расширить спектр образовательных услуг, доступных лицам с ОВЗ.

Обучение с помощью компьютера, самого совершенного информационного средства, дает возможность получать как основное, так и дополнительное образование непосредственно по месту жительства, не выходя из дома; позволяет максимально индивидуализировать обучение: это и удобное для студента расписание, и необходимый темп работы, и создание «оптимального образовательного маршрута», который не только учитывает особые потребности каждой личности, но и развивает её познавательный потенциал. Более того, дистанционная форма обучения способствует созданию безбарьерной среды для учащихся и возможности найти новых друзей, общаться в видео- и аудиочатах, а значит, формирует необходимые знания, умения, качества личности, позволяющие адаптироваться в жизни и быть успешным в социуме здоровых людей.

Отметим еще ряд положительных сторон дистанционного образования. Оно может обеспечить индивидуальный подход к обучению. Как известно, одна из важнейших проблем в образовании инвалидов — темп обучения. В практике преподавания в высшем учебном заведении для лиц с нарушением опорно-двигательной системы много случаев, когда одни обучающиеся в связи со спецификой заболевания, плохо развитой моторикой отстают от других, например, в написании лекций. Если же студенты обучаются в одной группе с разной нозологией болезни (например, с болезнью опорно-двигательной системы и слабослышащие), то особенно необходимо индивидуальное отношение к каждому из группы. Спецификой дистанционного обучения является доставка обучаемому учебных материалов в печатном, электронном виде, аудио-, видеозаписи, и т.д. Сегодня имеется широкий спектр мультимедийных технологий,

в том числе электронная почта, коммуникативные технологии (скайп), электронные учебники, которые способствует улучшению восприятия информации обучающегося.

С другой стороны, инвалиды, обучающиеся дистанционно, должны иметь персональный компьютер, принтер для печати учебно-методической литературы и высокоскоростной Интернет для получения и отправки заданий, связи с преподавателем для сдачи экзаменов и зачетов по скайпу. Но при этом не все имеют материальные возможности для приобретения необходимой техники. Возможно, на государственном уровне стоило бы рассмотреть вопросы предоставления компьютерной техники во временное пользование для таких людей.

В настоящее время перспективным является интерактивное взаимодействие с учащимся посредством информационных коммуникационных сетей, из которых выделяется среда интернет-пользователей. В 2003 г. инициативная группа ADL начала разработку стандарта дистанционного интерактивного обучения SCORM, который предполагает широкое применение интернет-технологий. Введение стандартов способствует как углублению требований к дистанционному обучению, так и требований к программному обеспечению, которые достаточно широко применяются как отечественными, так и зарубежными организациями, предоставляющими услуги по дистанционному обучению.

Дистанционное обучение играет всё большую роль в модернизации образования, в контроле за его результатами. Согласно приказу Министерства образования и науки РФ от 06.05.2005 «Об использовании дистанционных образовательных технологий», итоговый контроль при обучении с помощью ДОТ (дистанционных образовательных технологий) можно проводить как очно, так и дистанционно.

Помимо трудностей в получении профессионального образования лицам с ОВЗ приходится сталкиваться с проблемой *трудоустройства*. Нередко они воспринимаются работодателем как обуза, поскольку для них требуются специфические условия труда — наличие пандусов, широких лифтов и т.п. Во многих развитых странах законодательно закреплены социальные льготы, помогающие инвалидам трудоустроиться. Так, в Германии принят закон о запрете дискриминации в сфере занятости в отношении людей с серьёзными нарушениями здоровья. В Великобритании действует система квотирования рабочих мест. В США существуют учебные мастерские для инвалидов. В России же предприятиям, учреждениям, организациям независимо от форм собственности устанавливается определенная квота для приема на работу инвалидов (ст. 21 Закона о социальной защите). Работодатели в соответствии с установленными квотами обязаны создавать или выделять рабочие места для трудоустройства инвалидов либо вносить на специальный счет обязательную плату за каждого нетрудоустроенного в рамках установленных квот. Так, в соответствии с Законом г. Москвы от 12.11.97 № 47 «О квотировании рабочих мест в городе Москве» и постановлением столичного правительства от 24.03.98 № 229 «О порядке квотирования рабочих мест в организациях города Москвы» работодатели обязаны перечислять на специальный счет Фонда занятости населения обязательную плату за каждого нетрудоустроенного в рамках установленных квот гражданина в размере 12-кратного среднего уровня заработной платы, сложившейся в городе на момент квотирования.

В Указе «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», подписанном В.В. Путиным в 2012 г., среди прочих проблем значительное внимание уделяется проблемам инвалидов в России. Согласно Указу, в период с 2013-го по 2015-й г. предполагается создать до 14,2 тыс. специальных рабочих мест для инвалидов.

Меры государственной политики поддержки для людей с ограниченными возможностями помогут им быстрее социализироваться в обществе, получить образование, трудоустроиться. Но, с другой стороны, далеко не каждый инвалид хочет и способен быть наравне со здоровыми коллегами. Психология людей с инвалидностью зачастую такова, что они привыкли к своему положению в обществе. Далекое не всегда они могут найти интересующую работу, так как она либо не приспособлена под их потребности, либо не соответствует знаниям и навыкам, а также ожиданиям. Нередко человек с ОВЗ, даже освоив какую-то профессию, вынужден переучиваться, чтобы иметь возможность работать, не выходя из дома или с минимальными перемещениями. В этих условиях дополнительное образование открывает для таких лиц, и в частности, для людей, имеющих поражения опорно-двигательной системы, новые возможности: за короткий срок можно освоить новую специальность, востребованную на рынке труда.

В структуре системы дополнительного образования существует и досуговое направление, реализующее программы, связанные с развитием у человека творческих способностей, раскрытием его личностного потенциала, природных задатков. Востребованность таких программ людьми с ОВЗ очень высока, поскольку они способствуют социализации и интеграции инвалидов. Так, по данным опроса, проведенного Центром социальной политики и гендерных исследований Саратовского государственного технического университета, в качестве основной цели дополнительного обучения большинство респондентов назвали развитие собственных творческих способностей (31,7%). Этот ответ контрастирует с декларируемыми целями системы дополнительного образования, которая должна давать инвалидам новые навыки и умения именно в профессиональной подготовке, для улучшения позиций на рынке труда, но это отметили менее четверти всех респондентов [Григорьева и др., 2007].

В Концепции модернизации российской системы образования на период до 2010 г., принятой в феврале 2002 г., были определены важность и значение системы дополнительного образования, способствующей социальному и профессиональному самоопределению и выступающей важнейшим компонентом непрерывного образования. Однако в ходе реализации дополнительного образования у инвалидов до сих пор возникает масса проблем, связанных, в первую очередь, с ориентацией на ту модель государственной политики инвалидности, которая в типологии Ф.Р. Дрейка определяется как *максимальная* [см. подробнее: Байрамов, Герасимов, Тюрин, 2012]. Преодолевая изъяны других типологических моделей (негативная, невмешательства, мозаичная), максимальная политика предполагает стратегическую нацеленность государства на идентификацию и реагирование на целый ряд проблем, вызываемых инвалидностью. Однако даже в этой модели государство полагает инвалидность результатом индивидуальных нарушений, а не структуры социума, вследствие чего основная задача видится в конструировании и поддержании сети услуг, нацеленных на излечение и улучшение условий жизни лиц с ОВЗ. В результате работодателю зачастую удобнее осуществлять благотворительность, чем изменять условия труда в соответствии с индивидуальными потребностями работника. Первоначальные цели максимального вовлечения инвалидов в общественно полезный труд в ходе рыночной трансформации были пересмотрены в направлении защиты интересов и отстаивания прав.

Гораздо более эффективной представляется последняя в типологии Дрейка модель политики инвалидности — *модель социальных и средовых изменений*: государство признает свою ответственность перед всеми гражданами и признает, что инвалидность есть продукт общества и окружения, созданного не инвалидами для инвалидов;

результат такого подхода — это гарантия всей совокупности социальных прав: от права на минимальный уровень экономического благосостояния и социального обеспечения до права пользования накопленным общественным богатством и права на достойное существование в соответствии с жизненными стандартами общества.

До тех пор, пока государство не осознает необходимость активной реализации данного подхода, в корне меняющего положение инвалида в обществе, люди с ОВЗ будут сталкиваться с многочисленными трудностями, связанными с социальной защитой их прав и интересов.

Список литературы

В.Д. Байрамов, А.В. Герасимов, А.В. Тюрин Образование лиц с ограниченными возможностями здоровья в современной России: теоретико-методические аспекты. – М.: КНОРУС, 2012.

Дополнительное образование молодых инвалидов в контексте приоритетов социально-экономического развития /О.А. Григорьева [и др.]. – М., 2007.

Образование и XXI век: Информационные и коммуникационные технологии. – М.: Наука, 1999.

Тематический форум Общероссийского народного фронта от 20 сентября 2011 года. Режим доступа: <http://regions.ru/news/2372354/>, свободный; (дата обращения 28.02.2010).

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

В.В. Мелихов, А.В. Быкова

АТЛЕТИЧЕСКАЯ ГИМНАСТИКА ДЛЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ОДС

МЕЛИХОВ Виталий Вячеславович — кандидат педагогических наук, доцент МГГЭИ (e-mail). БЫКОВА Анжела Владимировна — преподаватель МГГЭИ.

***Аннотация.** В статье обосновывается целесообразность применения атлетической гимнастики для коррекции нарушений в физическом развитии лиц с ОДС.*

***Ключевые слова:** лица с нарушениями опорно-двигательной системы, атлетизм, физическая культура, атлетическая гимнастика.*

В течение педагогической деятельности в различных учреждениях — реабилитационном центре, университете, фитнес-клубе — нам приходилось работать с людьми, имеющими ограничения опорно-двигательной системы. Это были дети и подростки, люди среднего и пожилого возраста, мужского и женского пола, но всех их объединяла одна общая проблема — утраченное в результате болезни или травмы здоровье. Состояние здоровья оказывает влияние на всю жизнедеятельность организма. Уменьшается двигательная активность, а вместе с этим ухудшается деятельность всех внутренних органов и систем организма, включая ОДС. Поэтому одной из важнейших задач социальной интеграции инвалидов является расширение их двигательных возможностей.

За долгие годы работы преподавателями адаптивной физической культуры, на основании своих наблюдений и исследуя опыт ведущих учёных, мы разработали систему физических упражнений, направленных на коррекцию нарушений в физическом развитии лиц с ограниченными возможностями здоровья. В её основу легли упражнения с использованием различных предметов (утяжелителей, гантелей, штанги, медицинских мячей, фитболов, тренажёрного оборудования и т.д.). Выполнение таких упражнений, способствующих преодолению силового сопротивления, направлено, в первую очередь, на развитие мышечных усилий. Но в дальнейшем, с ростом физической силы, по нашим наблюдениям, у занимающихся увеличивались показатели других физических качеств, в первую очередь, выносливости, а также быстроты и гибкости. В совокупности развитие физических качеств посредством выполнения упражнений с предметами в различных положениях способствовало улучшению координации движений, увеличению двигательных возможностей и двигательной активности. Поэтому, с нашей точки зрения, такая система может называться «Атлетическая гимнастика для лиц с ограниченными возможностями здоровья». Система универсальна, и при грамотном подходе даёт возможность работать с группой инвалидов, имеющих различные физические нарушения и различную двигательную и физическую подготовленность, позволяя осуществить индивидуальный подход к занимающимся в соответствии с их возможностями.

На протяжении длительной работы мы сталкивались с проблемой непонимания понятия «атлетическая гимнастика» в применении к лицам с нарушениями в состоянии здоровья и инвалидам. Люди, не имеющие специального физкультурного образования, отождествляют его с терминами «бодибилдинг», «пауэрлифтинг». В дан-

ной статье остановимся на выявлении разницы между этими понятиями, а также на обосновании правомерности применения атлетической гимнастики в работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья.

Несмотря на то, что все указанные силовые направления воспитывают физическую силу, задачи у них различны. В переводе с английского *бодибилдинг* означает «строительство тела» [Вейдер, 1991]. Это спортивное направление, задачами которого является гипертрофия мышечных волокон, т.е. максимально возможное развитие рельефной мускулатуры. На соревнованиях по бодибилдингу оценивается только «гармонично развитое» тело, а никак не силовые или двигательные способности. Бодибилдинг и его прародитель — культуризм, в основном формируют внешний вид человека, но не внутреннее, соответствующее внешнему виду, содержание. *Пауэрлифтинг* (силовое троеборье) — вид физических упражнений, развивающих максимальные силовые возможности, проявляющиеся в трёх видах движений: жиме штанги лёжа, приседании со штангой на плечах и «тяге» штанги в положении наклона вперёд [Фалеев, 2010]. Соответственно, на тренировках уделяется больше времени развитию максимальных усилий в определённых мышечных группах, причём тренировочные нагрузки так велики, что могут оказать больше вреда, чем пользы для организма.

«Атлетизм» — термин, берущий своё начало в далёком прошлом, но сегодня утрачивающий своё значение в связи с эстетическими извращениями некоторых спортивных деятелей. Он характеризует физическое совершенствование, силу, крепкое телосложение. Он во многом идентичен современному термину «физическая культура», так как выражает гармоничное развитие личности человека, хорошо развитого физически, имеющего красивую фигуру древние греки называли «атлетом». Важное средство достижения этого состояния — гимнастика.

Многие специалисты понимают под гимнастикой систему физических упражнений, предназначенную для достижения лечебно-гигиенических целей, а также разносторонней физической подготовки и совершенствования культуры владения своим телом» [Матвеев, 1991; Холодов, 2003 и др.]. *Атлетическая гимнастика* имеет особенность: представляет собой систему физических упражнений, направленных на развитие *силовых качеств* человека. Она сочетает силовую тренировку с разносторонней физической подготовкой, гармоническим развитием и укреплением здоровья в целом. Одним из важных притягательных свойств её является отсутствие «возрастных цензов». Настолько гибки и разнообразны методы атлетической гимнастики, что она может с равным успехом воздействовать как на юных, так и на пожилых.

О взаимосвязи физических упражнений и здоровья людей было известно в глубокой древности. Ещё 3000 лет назад индийские и китайские врачи описывали гимнастику, предназначенную для лечения различных заболеваний. Впервые, лечебные свойства силовых упражнений отметили древние медики в XI–I вв. до нашей эры. Такие упражнения применялись для разработки повреждённых суставов, укрепления дыхательной функции, увеличения тонуса слабеющих в ходе болезни мышц. Знаменитый римский врач и учёный Гален в труде «Искусство возвращать здоровье» писал: «Три тысячи раз возвращал я здоровье своим больным посредством упражнений». Выдающийся учёный средневековья Авиценна (Абу-али ибн Сина) в «Каноне врачебной науки» отмечал: «Самое главное в режиме сохранения здоровья есть физические упражнения, а затем уже режим пищи и режим сна».

Сторонниками оздоровления при помощи физических упражнений были русские врачи-гуманисты второй половины XVIII в. — начала XIX в. Зыбелин, Щепкин, Амбодик-Максимович и др. Впервые в России атлетическую гимнастику для укреп-

пления здоровья, исправления недостатков телосложения и нарушений осанки применил врач В.М. Краевой. В 1885 г. им был организован «Кружок любителей атлетики», работа которого строилась на принципах сочетания естественных движений (ходьба пешком, бег) со специально подобранными упражнениями для туловища и конечностей и активным использованием закаливающих процедур. В 1897 г. открывается Петербургское атлетическое общество, реорганизованное вскоре в Петербургское велосипедно-атлетическое общество. Наряду с мужскими чемпионатами начинают проводиться и женские соревнования по силовому спорту. Учитывая увеличившийся интерес, начинает издаваться двухнедельный иллюстрированный журнал «Геркулес», девизом которого был призыв: «Каждый человек может и должен быть сильным». В 1903 г. выходит книга Евгения Сандова «Телостроительство», в которой описывались упражнения с гантелями, построенные по принципу возрастания нагрузки.

Развитие современной атлетической гимнастики берет начало приблизительно с конца XIX — начала XX столетий. С этого времени начинают издаваться различные пособия, в которых даются рекомендации для эффективного развития различных мышечных групп при помощи гирь, гантелей, утяжелённых палок различного веса. После Октябрьской революции атлетическая гимнастика по-прежнему считается одним из важных средств физической культуры. Один из самых известных учёных в области физической культуры и спорта, профессор И.М. Черкизов-Сераини, писал: «Атлетическая гимнастика — это одно из наиболее эффективных средств, всесторонне воздействующих на человеческий организм. Обилие упражнений и возможность тонко дозировать нагрузки делает это важное средство оздоровления доступным для людей всех возрастов. А эстетическая сторона атлетической гимнастики приближает ее к подлинному искусству» [цит. по: Лавров, Шапошников, 1990: 7]. На наш взгляд, такой подход предопределяет направленность занятий атлетической гимнастикой — в первую очередь необходимо решать задачи по укреплению здоровья, проявлением которого являются физические качества и двигательные возможности.

В настоящее время имеется множество методических пособий по атлетической гимнастике, но утверждения авторов относительно её применения, весьма различны. Одни утверждают, что это «система упражнений, направленных на воспитание силы». Другие — что это «вид гимнастики оздоровительно-развивающей направленности, сочетающий силовую тренировку с разносторонней физической подготовкой, гармоническим развитием и укреплением здоровья в целом». Третьи — что атлетическая гимнастика — это «более объемное понятие, отражающее систему оздоровительно-развивающих воздействий с целью укрепления здоровья человека и улучшения его жизнеспособности».

Авторы, как сказано выше, полагают, что *атлетическая гимнастика* — это система гимнастических упражнений с отягощениями, направленных на всестороннее воспитание физических качеств и двигательных возможностей, *содействующая укреплению здоровья человека*. В подтверждение этому приведём несколько примеров.

Евгений Сандов, который большую часть жизни провёл в Англии, где известен как Юджин Сэндоу, был слабым, болезненным юношей. Чтобы укрепить здоровье, начал изучать медицину и выполнять упражнения с гантелями. Через несколько лет о нём заговорили как о человеке с совершенными пропорциями фигуры. Он мог, стоя на носовом платке и держа в руках гири по 24 кг сделать сальто назад, при этом точно встать ногами на носовой платок. В 1930 г. в Лондоне была издана его книга под названием «Бодибилдинг», посвященная строительству пропорционального телосложения с помощью физических упражнений с отягощениями. Евгений Сандов

является родоначальником современного бодибилдинга, и именно его тело изображено на статуэтке, которую вручают победителям на конкурсе «Мистер Олимпия» [см. Фалеев, 2010].

Наша современница, проживающая в Волгоградской области, Лидия Климовна Бочарникова овдовела в 58 лет, что сильно подорвало её здоровье. Как-то в гостях у соседки, по обыкновению, начала жаловаться на свои болячки. А муж соседки, работающий тренером в местном атлетическом клубе «Атлант», пригласил её посетить тренировку. Лидия Климовна согласилась «ради смеха», так как в чудодействие силовых тренировок не верила. Но однажды посетив спортивный зал, не смогла расстаться с «рифлёным грифом штанги». Сейчас она — многократный призёр областных соревнований. «Хотя, честно признаться, мне от спорта ни денег, ни больших результатов, ни больших титулов не надо, потому что главная моя цель — здоровье. Идеального здоровья как ни крути ждать от 72 лет не приходится, но все возрастные болячки исчезли», — говорит Лидия Климовна [цит. по: Фалеев, 2010: 34].

Валентин Иванович Дикуль был акробатом и выступал под куполом цирка. Однажды (в 1962 г.) лопнула перекладина, обеспечивающая страховку, он сорвался, упал с 13-ти метровой высоты и получил перелом позвоночника. Врачи пророчили, что всю жизнь он будет прикован к инвалидной коляске. Собрав волю в кулак, Валентин Иванович, изучив медицинскую литературу, анатомию, физиологию, приступает к тренировкам, с упорством наращивая физическую силу. Через пять лет он встал на ноги и пошёл. В 1970 г. он вернулся на цирковую арену, но уже в качестве силового жонглёра. Он играючи подбрасывал огромные гири, пушечные ядра, удерживал на своих плечах автомобиль. Благодаря полученным знаниям Валентин Иванович стал помогать другим людям, открывая по стране свои реабилитационные центры [И. Кузнецов, 2009].

Есть мудрое изречение: «Всё новое — это хорошо забытое старое». Невозможно придумать ничего лучше, чем физическое упражнение. В адаптивной физической культуре физическое упражнение — это двигательное действие, выполняемое лицом с ограниченными возможностями по закономерностям физического воспитания с целью воздействия на собственную психобиологическую сферу [Евсеев, 2000].

Сегодня в образовательных учреждениях проводятся уроки адаптивной физической культуры для детей с нарушениями в состоянии здоровья. Создаются физкультурно-спортивные клубы, спортивные секции для занятий инвалидов. И это неслучайно, ибо главной причиной, ограничивающей социальную деятельность инвалидов, является нарушение двигательных функций, и лишь у некоторых нозологий (нарушение слуха, нарушение интеллекта) проблемы — во взаимопонимании.

Если инвалиды уже выступают на спортивных соревнованиях, принимают активное участие в жизни общества, ведут самостоятельный образ жизни и различную профессиональную и творческую деятельность, им необходимо иметь достаточный уровень физической подготовки. Они должны, даже если созданы все возможные условия для обеспечения «безбарьерной среды», иметь достаточное количество двигательных навыков и физических возможностей для выполнения определённой профессиональной, творческой или бытовой деятельности. Физическая нагрузка, которая раньше предлагалась на занятиях ЛФК, недостаточна для достижения необходимого уровня физического развития. Лечебная физическая культура хороша только на начальных этапах физической реабилитации. Для того, чтобы интегрировать инвалида в общество, необходимо применять более перспективные технологии, способные подготовить его к более высоким нагрузкам, с которыми он столкнется при активной жизнедеятельности.

Причём, как показывает практика, технологии других силовых видов для лиц с ограниченными возможностями здоровья, во-первых, сложно применить: например, инвалиды с поражением опорно-двигательной системы на соревнованиях по пауэрлифтингу из трёх упражнений выполняют только одно — жим штанги лёжа. А стантовую тягу и приседания со штангой на плечах они не могут выполнить в связи с индивидуальными ограниченными возможностями. Во-вторых, эти технологии не несут для лиц с ограниченными возможностями прикладного значения, так как развивают в основном крупные мышечные группы и не выполняют главной цели — улучшение координации движений. Если вспомнить «качков», выступающих на чемпионатах по бодибилдингу, пауэрлифтингу, силовому экстриму, то вырисовывается образ большого, сильного, неуклюжего человека, с походкой враскачку, как у «пингвина». Гипертрофированная мускулатура «сковывает», ограничивает движения.

Поэтому, на наш взгляд, лицам с ограниченными возможностями здоровья для улучшения качеств жизнедеятельности необходимо не наращивать мускулы и увеличивать силу определённых мышечных групп, а максимально развивать двигательные способности посредством тренировок межмышечных взаимодействий. При таком подходе развиваются не только сохранные возможности, но и компенсаторные, так как инвалид, упражняясь, находит пути замещения недостающих движений, тем самым расширяя свои возможности. А сила как физическое качество в данном случае является базовым элементом, стимулирующим развитие других качеств и двигательных возможностей.

В кругу здоровых людей атлетом считается человек, проявляющий невероятные физические способности. Вспомним наших паралимпийцев, завоёвывающих золотые медали на крупных международных соревнованиях, проявляющих недюжинные способности среди себе подобных. Неужели они недостойны называться «атлетами»? А если достойны, то система, позволяющая улучшить двигательные возможности, имеет полное право называться «атлетическая гимнастика для лиц с ограниченными возможностями здоровья».

Практические наблюдения подтверждают: при нарушении функций какой-нибудь системы, мышечной группы, конечности нагрузка переносится на сохранные. В связи с этим *физической подготовке человека с инвалидностью необходимо уделять больше внимания, чем подготовке здорового*. Но при этом, учитывая, что начальный уровень его физического развития ниже, а уровень двигательных возможностей иной, необходимо осуществлять правильный подбор физических упражнений и дозировку нагрузки. Специалисту необходимо знать, какие упражнения противопоказаны при определённых заболеваниях и, наоборот, какие упражнения и уровень физической нагрузки полезны человеку с ограниченными возможностями.

На основании наблюдений и исследований, проведённых с инвалидами разных нозологических групп, мы можем с уверенностью говорить *о пользе воздействия упражнений с отягощениями на физическое, двигательное и даже ментальное развитие лиц с инвалидностью*. Для обеспечения требуемого уровня физического развития и улучшения состояния здоровья должна быть создана система атлетической гимнастики для лиц с инвалидностью. Силовые упражнения не только укрепляют их физическое и психическое здоровье, но и способствуют интеграции в общество.

Список литературы

Вейдер Д. Система строительства тела /пер. с англ. А. Остапенко. – М.: Физкультура и спорт, 1991.

Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура: учебное пособие. – М.: Советский спорт, 2000.

Кузнецов И. 60 упражнений Валентина Дикуля + методы активизации внутренних резервов человека = ваше 100% здоровье. – М.: Изд-во АСТ, 2009.

Лавров В.В., Шапошников Ю.В. Русская сила. Секреты атлетизма. – М.: Мол. Гвардия, 1990.

Матвеев Л.П. Теория и методика физической культуры (общие основы теории и методики физического воспитания; теоретико-методические аспекты спорта и профессионально-прикладных форм физической культуры). Учеб. для ин-тов физ. культуры. – М.: Физкультура и спорт, 1991.

Остапенко Л.А., Шубов В.М. Атлетическая гимнастика. – М.: Знание, 1986.

Фалеев А.В. Силовые тренировки. Избавься от заблуждений. – М.: Эксмо, 2010.

Фохтин В.Г. Атлетическая гимнастика без снарядов. – СПб.: Питер, 2004.

Холодов Ж.К., Кузнецов В.С. Теория и методика физического воспитания и спорта: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.

Т.А. Некрасова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ*

НЕКРАСОВА Татьяна Александровна — преподаватель кафедры социальной работы Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета, соискатель кафедры обществоведения Российского государственного университета туризма и сервиса. (e-mail tanyaradostnaya@gmail.com).

Аннотация. В статье показано, что применение телесно-ориентированной терапии в сочетании с адаптивной физической культурой делает процесс физической реабилитации детей с ДЦП более эффективным, позволяет им лучше осознавать взаимосвязь между их физическим здоровьем и возможностью активного социального функционирования, а также стимулировать личную ответственность за сохранение и укрепление здоровья.

Ключевые слова: телесно-ориентированная психотерапия, язык тела, адаптивная физическая культура, розен-терапия, арт-терапия, комплексная реабилитация.

Процесс реабилитации детей с ДЦП является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Врачи, психологи, социологи, педагоги, социальные психологи, специалисты по социальной работе изучают различные аспекты этого процесса, его механизмы, этапы, влияние на него социальных, медицинских, психологических и педагогических факторов. Сегодня в научных исследованиях и практической деятельности наблюдается осознание необходимости комплексного подхода к работе с детьми с указанным заболеванием. А это означает, что, наряду с традиционными медицинскими, следует использовать и другие мето-

* Статья рекомендована кафедрой обществоведения РГУТиС. Научный руководитель — Черняк Е.М., доктор философских наук, профессор.

ды, позволяющие активно влиять на двигательную и психо-эмоциональную сферы ребенка с целью его успешной реабилитации и абилитации.

Автором статьи с 2006 г. по настоящее время разрабатывается и апробируется методика комплексной реабилитации детей, включающая использование технологий творческой деятельности и телесно-ориентированной психотерапии в сочетании с адаптивной физической культурой. Апробация проходила в Центре комплексной реабилитации детей с ДЦП «Право на надежду» (г. Минск), а также Городском социокультурном центре «Надежда» и Центре социокультурной анимации «Одухотворение» (г. Москва) и др. Наш опыт работы с детьми в возрасте до 7 лет и старше, имеющими тяжелую двигательную патологию, показывает: коррекционно-развивающая работа может быть эффективнее, если больше внимания уделять занятиям *с телом, используя техники телесно-ориентированной терапии и креативные двигательные методики*. Применение этих техник становится все популярнее среди психотерапевтов и психологов именно потому, что знание языка тела дает более широкую и достоверную информацию о человеке.

Напомним: психология тела возникла в русле психоанализа в 1930-х годах. Её основатель Вильгельм Райх был одним из учеников З. Фрейда. К данному моменту телесно-ориентированная терапия далеко ушла от психоанализа и представляет собой самостоятельное научное направление со своей теоретической концепцией и практическими наработками. Наиболее известными в настоящее время направлениями телесно-ориентированной психотерапии являются: «психология тела» В. Райха, биоэнергетический анализ А. Лоуэна, методы М. Александра и М. Розен, концепция телесного осознания М. Фельденкрайза [Басков, 2006; Крейз, 1999; Лоуэн, 1998; Райх, 1999; Розен, Бреннер, 2010; Фельденкрайз, 2000].

В применении методов телесно-ориентированной психотерапии особое значение придается движению как психокоррекционному фактору. Использование их в комплексе с лечебной физической культурой педагогами и специалистами АФК, как показывает практика нашей работы, позволяет в щадящем ненасильственном режиме расширить представления ребенка о возможностях его телесного функционирования, смягчить болевые ощущения при работе с его телом и выработать правильные двигательные реакции на основе коррекции уже существующих.

Все, что происходит в психике человека, неизбежно оставляет отпечаток в его теле и наоборот. Нервная и мышечная системы взаимосвязаны. По мышечным напряжениям можно судить о состоянии нервной системы, с их помощью — воздействовать на нервную систему. В свою очередь мысли и чувства влияют на движения, на состояние опорно-двигательного аппарата. С этой точки зрения интересны выводы, которые сделал М. Фельденкрайз в книге «Осознание через движение: двенадцать практических уроков»: всякая мышечная деятельность есть движение; нервная система занимается преимущественно движениями; движения отражают состояние нервной системы; качество движения легче всего определить извне; движения приносят большой опыт; ощущения, чувства и мысли базируются на движениях; движение — основа самоосознания [Фельденкрайз, 2000: 3]. Как видим, ученый считал движение важнейшим средством развития человека.

Что касается детей и подростков с ДЦП, то их телесная патология являет собой сложный симбиоз психофизиологических реакций, связанный с формированием патологических стереотипов поз и движений. В связи с этим темпы получения положительной динамики в результате физкультурно-оздоровительной работы резко замедлены, что отрицательно сказывается на развитии у детей их познавательной деятельности, а также ограничивает возможности социальной адаптации.

Процесс перестройки патологических поз и движений у таких детей, как правило, происходит длительно и трудно, поскольку старая, закрепленная патологическая «схема тела» для них является удобной и привычной, а всякая попытка нормализовать порочное положение вызывает ощущение дискомфорта и нового непривычного действия. Кроме того, как показывает практика, у большинства детей возникает ярко выраженная отрицательная реакция на желание специалиста выработать правильный двигательный навык у ребенка, эта реакция выражается либо молчаливым пассивным сопротивлением, либо истерикой и боязнью болезненных прикосновений. В этом случае массажист или специалист ЛФК вызывают у ребенка испуг или недоверие, так как заставляют его делать движения, возможность исполнения которых ему недоступна. Он просто не понимает, как это делать, не знает возможностей своего тела и зачастую не чувствует его.

Спастические и атонические проявления, свойственные данному заболеванию, в той или иной степени искажают «телесный образ Я» в сознании ребенка, вследствие чего элементарное желание расслабиться может сопровождаться активными волевыми усилиями с его стороны, что приводит к еще большему напряжению. Таких детей необходимо учить расслабляться, постепенно знакомить их с собственным телом, прививать уважение к своему телесному образу. Физическое тело должно из источника опасностей превратиться для ребенка в союзника, стать инструментом его активного функционирования.

Телесно-ориентированная психотерапия в сочетании с лечебной гимнастикой или массажем является весьма эффективным в этом отношении средством комплексной реабилитации.

Важными компонентами такого подхода к физической реабилитации детей являются: установление отношений, основанных на сотрудничестве между специалистом и ребенком, и игровой компонент, который является мотиватором к самостоятельной творческой двигательной активности. Появляется возможность развивать у ребенка осознанное отношение к своему телу и процессу реабилитации в целом, интерес к достижению положительных результатов. Это позволяет успешно направить волевые усилия ребенка на коррекцию двигательных дефектов.

Под влиянием психофизических упражнений в мышцах, сухожилиях, суставах возникают нервные импульсы, направляющиеся в центральную нервную систему и стимулирующие развитие двигательных зон мозга. В процессе работы с телом нормализуются позы и положение конечностей, снижается мышечный тонус, уменьшаются или преодолеваются насильственные движения. Ребенок начинает правильно ощущать положение различных звеньев тела и свои движения, что является мощным стимулом к развитию и совершенствованию двигательных функций и навыков.

В настоящее время существует множество различных телесно-ориентированных методов психотерапии. Одним из таких методов, позволяющих расслабить ребенка и эффективно познакомить его с выработанными двигательными навыками с целью их последующей трансформации, является *розен-терапия* [см. Розен, Бреннер, 2010].

Сущность этого метода состоит в том, что во время сеанса специалист разговаривает с пациентом, одновременно работая с его телом.

Американский физиотерапевт Мэрион Розен, основатель данного метода, обратила внимание на то, что наличие у человека хронических проблем социально-психологического характера определенным образом сказывается на его «мышечной активности»: наблюдается скованность и напряжение мышц, изменение привычной позы, походки и т.п. Исследование тела с помощью пальпации выявило у пациентов локальные участки мышечных напряжений (так называемые мышечные зажимы).

Как известно, те или иные движения тела вызывают напряжение и последующее расслабление определенных групп мышц. Но когда эти действия «выполняются» только мысленно, мышцы тела слегка напрягаются, но не расслабляются. Со временем, повторяясь в условиях хронического стресса и/или социально-психологической проблематики, это напряжение в мышцах накапливается вследствие «нереализованности» и возникают устойчивые зажимы.

Учет этого обстоятельства в работе с детьми, страдающими детским церебральным параличом, ориентирует на избавление от порочных схем тела, сложившихся у них в период беременности матери и родов. Поэтому мы считаем желательным присутствие на занятиях матерей. Существенно то, что при работе с детьми розен-терапия выступает в качестве вспомогательного средства, дополнения к классическому массажу и лечебной гимнастике, но ни в коем случае не заменой их. Сеанс розен-терапии внешне похож на сеанс классического массажа, но с некоторыми отличиями, направленными на создание комфортных условий для пациента: используются подушки, одеяла, пациент занимает максимально удобную позу для расслабления.

Как показывает практика нашей работы, матери детей с ДЦП очень часто неправильно относятся к телу своего ребенка: желая его изменить, исцелить любой ценой, они часто предпочитают щадящему релаксационному массажу более сильное воздействие на тело ребенка. «Заставить двигаться, расслабить через силу»; «хороший массажист тот, который делает больно», — таковы их характерные отзывы об особенностях проведения лечебной гимнастики или массажа. В подобных рассуждениях не учитывается то, что на каждое физическое воздействие у любого человека формируется ответная психологическая реакция, и если это воздействие слишком болезненное, оно вызывает стресс с последующим сопротивлением повторению такого воздействия. Розен-терапия в таком случае выступает некой формой более бережного отношения к телу, дополняющей традиционные методы реабилитации.

Тело, в каком бы физическом состоянии оно ни находилось, требует к себе уважительного отношения. Результаты научных исследований показывают, что прикосновения, то есть различные виды телесного (тактильного) контакта, играют большую роль в человеческой жизни. В розен-терапии прикосновение — один из основных стимулов мышц, нервов, кожи, формирующий пространство любви, поддержки и заботы.

Резонен вопрос: а можно ли самостоятельно заниматься таким видом психофизической терапии? Научиться базовым приемам может каждый. По идее, первый телесно-ориентированный терапевт каждого человека — его мама. Специалисты помогут обучить родителей азам телесно-ориентированной терапии. Однако у самостоятельности есть плюсы и минусы. К родному человеку больше доверия. В то же время между близкими людьми не исключены «неуставные» отношения, которые могут мешать терапевтическим сеансам. Поэтому вопрос о том, заниматься ли самостоятельной терапией, нужно решать индивидуально.

Заметим также, что каким бы эффективным ни казался определенный метод терапевтического воздействия, необходима внутренняя осознанная готовность к его применению и, как бы он ни был хорош, воспринимать его как панацею не стоит (впрочем, как и любой другой метод психотерапии или традиционной медицины). Особенно это касается реабилитации детей.

Кроме розен-терапии, как показывает опыт нашей работы, в реабилитации детей с ограниченной двигательной активностью можно использовать и другие методы телесно-ориентированной терапии. Например, широкое применение находят приемы *игровой терапии* [Вачков, 2004]. В игре ребёнок может отстраниться от проблемы,

которая его беспокоит, как бы переложить её решение на другого — куклу, нарисованный образ или на того, чью роль играет. В игре проявляются важные ситуации из жизни ребёнка, он открывает свои чувства без боязни. Его чувства, желания, потребности переносятся на вымышленный образ. Так ребёнок может увидеть себя свое тело со стороны, увидеть проблему и избавиться от неё. Двигательная *сказкотерапия*, умело скомпонованная с лечебной физической культурой, является одним из методов психотерапии и креативным видом адаптивной физической культуры.

В последние годы заметно вырос интерес специалистов к использованию различных видов *арт-терапии*.

Современная специальная психология и педагогика в значительной степени ориентированы на использование в коррекционной работе *музыкотерапии*. Проводятся занятия по групповой и индивидуальной музыкальной терапии с детьми с ограниченными физическими и умственными возможностями. Чтобы достичь глубокого влияния музыки на организм, ребенок должен сам активно действовать (петь, воплощать музыку в движениях). Сущность музыкотерапии — вызвать у «особого» ребёнка положительные эмоции, которые оказывают лечебное воздействие на его психосоматические и психоэмоциональные процессы, мобилизуют резервные силы и возможности. По наблюдениям специалистов, музыкальный ритм, например, помогает ребёнку наладить ритм своего дыхания [Алексеева, 2002]. Поэтому в общей программе физической реабилитации, могут найти своё место занятия вокалотерапией, направленные на коррекцию речевых нарушений.

Еще одним видом телесно-ориентированной терапии, которую можно использовать в реабилитации ребенка с детским церебральным параличом, является *танцевальная терапия*. Танец тесно связан хорошим настроением и приятным общением. Занятия танцами всегда поднимают настроение, поэтому рекомендуются всем людям вне зависимости от их физического состояния и умения танцевать.

Движения под музыку издревле применялись в воспитании детей (Древняя Индия, Китай, Греция). Особая ценность движения под музыку для детей с ДЦП состоит в развитии пластики через глубокое «чувствование», проникновение в музыку, творческое воображение, формирование умения выразить себя в движениях. Важно не только ребенка научить двигаться и относиться к себе по-новому, но и родителям показать, что умеет делать ребенок, научить воспринимать его по-новому. Судя по отзывам родителей, творчество детей, включенное в процесс реабилитации, усиливает их психологическую и физическую устойчивость, положительно влияет на рост успеваемости в школе, выстраивание взаимодействия с окружением и нормализацию отношений в семье.

Как показало исследование, *сочетание телесно-ориентированных и различных креативных двигательных практик с лечебной физической культурой* позволяет ребёнку с ДЦП успешнее проходить процессы реабилитации, лучше осознавать свои внутренние ресурсы, вследствие чего менять свое отношение к внешнему миру, окружающим людям, вырабатывать активную социальную позицию.

Список литературы

Алексеева Е.А. Рекомендации к использованию вокалотерапии в комплексе коррекционно-педагогической работы с детьми с ДЦП //Коррекционная педагогика. Взаимодействие специалистов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002.

Басков В.Ю. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии. – М.: Изд-во института общегуманитарных исследований, 2006.

- Вачков И.Л. Игровая терапия: искусство отношений. – М., 2004.
Крейз Р. К здоровью через естественную осанку. Александер-метод. – М., 1999.
Лоуэн А. Биоэнергетика. – СПб., 1998.
Райх В. Анализ личности. – М.; СПб., 1999.
Розен М., Бреннер С. Движение и работа с телом. – М., 2010.
Фельденкрайз М. Осознание через движение: двенадцать практических уроков / пер. с англ. Папуш. – М., 2000.

Э.В. Шаламова

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РАЙОННЫХ УПРАВЛЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ (РУСЗН) ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОВЗ

ШАЛАМОВА Элина Владимировна, старший преподаватель кафедры русского языка и литературы МГГЭИ (e-mail saab-7@mail.ru).

Аннотация. Рассматривается и обобщается опыт работы с инвалидами и лицами с ОВЗ районных управлений социальной защиты населения двух районов в Москве — Северное Бутово и Южное Бутово. Выявляются особенности и приоритетные направления в реабилитации и поддержке представителей этой группы населения.

Ключевые слова: инвалиды, лица с ОВЗ, дети-инвалиды, социальная работа, органы управления социальной защиты населения, безбарьерная среда, социально-реабилитационная помощь.

Острые вопросы положения инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) требуют новых подходов к их решению со стороны как государства, отдельных его структур, так и муниципальных образований [Байрамов, 2006; он же, 2012]. Особенно это касается работы с детьми-инвалидами с целью создания им благоприятных условий для нормального развития и жизни [Профессиональное образование..., 2000; Социальная интеграция..., 2008].

Районные управления социальной защиты населения Москвы (далее — РУСЗН) являются территориальными подразделениями Департамента социальной защиты населения столицы и находятся в ведомственном подчинении управлений того же профиля административных округов города. Под социальной защитой обычно понимается помощь и поддержка, которые предоставляются государственными и муниципальными органами управления всему населению и особенно нуждающимся в них категориям: многодетным семьям, одиноким матерям, семьям социального риска, пенсионерам, инвалидам и т.д. В более широком смысле под социальной защитой подразумевается также определенная сфера работы частных организаций, например, страховых компаний. В статье сосредоточивается внимание на рассмотрении такого важного направления деятельности РУСЗН, как реализация федеральной и городской политики в области социальной защиты *инвалидов, семей с детьми-инвалидами, нуждающихся в социальной поддержке* (на примере районов Северное и Южное Бутово).

Актуальность проблематики связана с динамикой роста численности людей с инвалидностью в стране и в ее регионах. Так, в Москве насчитывается 1200 тыс. инва-

лидов, в том числе 229 тыс. человек трудоспособного возраста, 23,7 тыс. детей. Что касается выбранных нами районов, то в Северном Бутове проживают 6692 инвалида (411 — 1-й группы, 5180 — 2-й, 1101 — 3-й), что составляет 9,6% от постоянно зарегистрированных жителей. Из них — 254 инвалида Великой Отечественной войны и приравненных к ним, 65 человек (из них 18 детей), использующих кресла-коляски, 219 инвалидов, применяющих при передвижении опорные механизмы, 39 глухих, 84 слепых и слабовидящих. Число жителей, имеющих инвалидность по общему заболеванию — 5964, детей-инвалидов — 244 [Вестник..., 2012]. В Южном Бутове, по нашим данным, живут около 1160 детей-инвалидов.

Рассмотрим, прежде всего, как осуществляется работа с инвалидами в **Северном Бутове**. Здесь проблемами социальной реабилитации и интеграции инвалидов, в том числе и детей-инвалидов, занимаются РУСЗН, Бюро медико-социальной экспертизы, Центр социального обслуживания (далее — ЦСО). В ЦСО функционируют несколько отделений: дневного пребывания (на 30 чел.), срочного социального обслуживания (7562 чел.), реабилитации инвалидов (60 чел.), социально-медицинского обслуживания (30 чел.). С 1 января 2009 г. им переданы функции по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР).

РУСЗН совместно с сотрудниками центра социального обслуживания регулярно проводит обследование условий проживания лиц с ОВЗ с целью выявления и удовлетворения их потребности в реабилитации и оказания требующейся помощи. Оказалось, что в Северном Бутове около 200 человек испытывают трудности при передвижении. Поэтому *создание безопасной и безбарьерной среды* в районе было определено в качестве *приоритетного направления работы с инвалидами и лицами с ОВЗ*.

Отметим, что оно совпадает с приоритетами социальной политики города. В столице сегодня, согласно последним статистическим данным, проживают 22 тыс. инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата. Проводятся мероприятия по реализации требований Закона города Москвы № 3 от 17.01. 2001 г. «Об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур города Москвы» и Постановления правительства Москвы № 319 от 24.04.2007 г. «О комплексной целевой программе “Социальная интеграция инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности города Москвы”» на 2007–2009 годы». В соответствии этими документами утверждена районная комплексная программа социальной адаптации, поддержки и реабилитации инвалидов. Управой района совместно с РУСЗН и ЦСО постоянно выверяется список инвалидов, составлена карта района с указанием домовладений, в которых проживают инвалиды-колясочники. Определен объем работ, которые необходимо выполнить для беспрепятственного передвижения и доступа маломобильных граждан к инфраструктуре района. В подъездах жилых домов установлено около 500 пандусов и поручней, а при входе в подъезд — 320 пандусов и 299 поручней; отремонтировано и приспособлено к нуждам инвалидов 11 квартир; на 78 участках понижен бордюрный камень. Продолжаются работы по оборудованию стоянок для автомашин инвалидов. В соответствии с проектом реконструкции наземных пешеходных переходов модульные конструкции установлены на ряде улиц и на бульваре Дмитрия Донского.

Молодежный парламент Москвы предложил новый вектор решения вопроса информирования и безопасности инвалидов. По инициативе молодежи был разработан проект «Город без барьеров». Он представляет собой электронную карту столицы с пометками о наличии и состоянии пандусов у таких общественно-значимых объектов, как больницы, детские сады, управы, учебные заведения и ряд других. Соз-

данный сайт *pandus.molparlam.ru* помогает узнать о наличии пандуса у конкретного объекта, а также обновить сведения в базе данных: отметить новые объекты, скорректировать информацию об имеющихся пандусах (материал собирали путем фотографирования объектов на территории района Северное Бутово). В настоящий момент база содержит 1825 объектов. Все они были добавлены участниками образовательной программы «Молодежный кадровый резерв города Москвы». Кроме того, ведется создание электронного приложения «Город без барьеров», который позволит жителям оперативно реагировать, быстро добавляя информацию на сайт. Приложение будет прокладывать безопасный маршрут из одной точки города в другую, чтобы лица с ОВЗ испытывали максимально комфортные условия [Социальная защита..., 2011].

Следующий приоритет в работе с лицами с ОВЗ, связанный с укреплением их здоровья, — это *лечебно-профилактическая деятельность*. Ею занимаются специалисты поликлиник № 163, 221, 118 (детская) и № 64 (стоматологическая). В них ведется учет всех пациентов с ограниченными возможностями здоровья по степени и характеру заболеваний и возрасту. Все они, в том числе и дети, обеспечиваются в полном объеме лекарственными препаратами. Примером может служить детский сад № 2075, который посещают 140 детей. Для оздоровления здесь используются установки «горный воздух» и галокамеры, ЛФК-массаж, аэрофитоингаляция, кислородный коктейль, проводится витаминотерапия, имеется сауна, бассейн и солярий. В дошкольном образовательном учреждении № 2156 компенсирующего вида с глазной патологией, которое посещают 197 детей, для оздоровления ребенка используется релаксация, проводится лечение зрения с использованием УВЧ, ЛФК, имеется бассейн, с детьми занимается логопед. Хорошо поставлена работа в «Школе здоровья» № 1071, где обучение хронически больных детей проходит по специальной системе ЛФК-группы (основной формой лечебной физкультуры является процедура лечебной гимнастики). В библиотеках № 236 и № 237 организованы курсы компьютерной грамотности для инвалидов района. В библиотеке № 237 функционирует отдел информационных ресурсов и новейших технологий, где лица с ОВЗ получают консультации по юридическим программам «Консультант плюс» и «Гарант», пользуются абонементом, а также имеют бесплатный доступ к интернет-сети. Ежемесячно 30 инвалидов посещают бассейн «Олимп».

Одним из важных направлений в деятельности РУСЗН продолжает оставаться *работа с детьми-инвалидами*. Жизнь лиц с ограниченными возможностями здоровья, в особенности детей, — это ежедневный труд по преодолению своего недуга. В Северном Бутово с детьми-инвалидами работают: центр эстетического воспитания детей «МОЦАРТ», общество детей-инвалидов «Наитие», культурно-досуговый центр МЖК «Бутово», а также «Эврика-Бутово».

Остановимся подробнее на работе общества «Наитие». Его сотрудники систематически устраивают для ребят досуговые, творческие и спортивные мероприятия. Они формируют у детей и подростков с ограниченными физическими возможностями положительную жизненную установку, которая ведет к социальной адаптации и интеграции их в общество. Общество при содействии Регионального благотворительного фонда по поддержке социально незащищенных категорий граждан осуществляет программу «Физкульт-Ура!», предусматривающую проведение занятий, соревнований и конкурсов по различным видам спорта. «Наитие» активно участвует во всех районных и окружных мероприятиях. Так, в конце мая 2012 г. был проведен окружной фестиваль творчества детей-инвалидов «Звездопад», в котором принимали участие дети из всех 12 районов Юго-Западного административного округа

г. Москвы. Благодаря подобным мероприятиям дети укрепляют веру в себя, развивают физические и творческие способности, умение включаться в жизнь коллектива, каждый раз преодолевая недуги.

Теперь обратимся к опыту РУСЗН **Южного Бутова**. Анализируя его, можно выделить одно из приоритетных направлений работы социальных служб — *реабилитацию детей-инвалидов*. На территории района действует центр социальной реабилитации детей-инвалидов «Южное Бутово», детский дом-интернат, ГОУ Санаторная школа-интернат для детей с заболеваниями крови № 32. Рассмотрим функции этих учреждений.

Центр социальной реабилитации «Южное Бутово» — крупнейшее в Москве лечебно-педагогическое учреждение, в котором детям с отклонениями в умственном и физическом развитии, проживающим в семье, оказывают квалифицированную реабилитационную медико-социальную и педагогическую помощь, готовят к максимально полной и своевременной адаптации к жизни в обществе, а также консультируют и психологически поддерживают их родителей. За годы работы (с 2006 г.) услугами Центра воспользовались 958 детей-инвалидов. В 2012 г. более 170 человек прошли здесь курс реабилитации. За последние три года работы в учреждение обратились более 2 000 родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии.

Работа в Центре ведется с двумя группами воспитанников. Первая — это дети с тяжелыми формами заболевания, которые не посещают детский сад и школу. Они требуют особого внимания. Реабилитационный курс длится 3 месяца и включает ежедневные занятия.

Вторая группа — дети, имеющие среднюю форму заболевания и посещающие детский сад или школу. Они занимаются 2 раза в неделю. В этом случае особое значение имеет консультирование и поддержка и ребенка, и его семьи, и сотрудников детских образовательных учреждений. «Мы все больше общаемся с детскими садами нашего района, поскольку специалистов по работе с особыми детьми там действительно нет, — рассказала директор Н.В. Фролова. — Да и у нас их поначалу не было. Поэтому всем, что мы узнали, наработали, применяем в своем Центре, мы готовы с ними поделиться». Для родственников детей-инвалидов в Центре действует клуб «Прометей», где они могут получить юридическую, психологическую, педагогическую помощь, познакомиться с другими семьями, оказавшимися в сходной ситуации, передать свой опыт.

Ключевым моментом является комплексный подход к терапии и социальной адаптации ребенка с особыми потребностями. В структуру Центра входят пять отделений: отделение диагностики и разработки планов реабилитации, отделение социально-бытовой адаптации и реабилитации, отделение психолого-педагогической помощи и профориентации, отделение дневного пребывания и отделение домашнего сопровождения и социального патронажа [Вестник..., 2012]. «Наши дети очень быстро развиваются, растут прямо на глазах. Положительный эффект достигается за счет того, что реабилитация идет во всех направлениях — как социальная, так и медицинская, — отметила в интервью врач-педиатр Центра Ю.Н. Ершова. — Дети приходят ко мне в кабинет для занятий на лечебных тренажерах, ходят в пневмокостюмах, им делают массаж. Кроме того, они посещают занятия по лепке; занятия, где их учат брать ложку, вилку, где заставляют думать — они перебирают картинки, составляют кубики; дефектологи учат их говорить».

Социокультурная адаптация крайне важна для детей с особыми потребностями. При этом методы (арт-терапия, музыкотерапия и т.п.), как пояснили специалисты

Центра, подбираются индивидуально для каждого ребенка в соответствии с медицинскими показаниями. Занятия проходят в творческих мастерских, в кружках патриотического воспитания и экологической направленности, проводятся экскурсии и походы в театр и т.д. Это позволяют вовлечь в процесс адаптации большое количество нуждающихся. Одновременно в Центре могут находиться 40–50 детей и столько же родителей. Однако в реальности обращающихся за помощью гораздо больше. Расширение территории Центра могло бы способствовать вовлечению в систему образования и общественную жизнь большего числа детей-инвалидов, повышению качества реабилитационно-образовательных и социальных услуг, доступных всем семьям с детьми-инвалидами, что предусмотрено Стратегией Правительства Москвы «Московские дети» на 2008–2017 гг.

В рамках рассматриваемого приоритетного направления следует отметить деятельность коллектива санаторной школы-интерната № 32, открытой 1 сентября 2006 г. Она предназначена для обучения, проживания, медицинской и социальной реабилитации детей с заболеваниями крови. Работа коллектива ведется по следующим основным направлениям: обеспечение качественного базового, а также предпрофильного и профильного образования в школе II, III ступеней; внедрение здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс; создание условий для реабилитации детей с заболеваниями крови; систематическое социально-психолого-педагогическое сопровождение учащихся; обеспечение профессионального роста педагогических и медицинских кадров школы; проведение эффективной воспитательной работы в школе; постоянное сотрудничество с семьями воспитанников.

Таким образом, опыт деятельности РУСЗН по защите интересов инвалидов и лиц с ОВЗ вышеуказанных районов показывает, что в качестве ее приоритетных направлений в современных условиях можно выделить: 1) создание безбарьерной среды для лиц с ОВЗ; 2) меры по поддержанию и укреплению здоровья; 3) осуществление образовательной и социокультурной реабилитации детей-инвалидов. Степень приоритетности их, определение новых направлений в работе обуславливаются, прежде всего, конкретными обстоятельствами жизнедеятельности районов, а также установками общегородской социальной стратегии. Важно и дальше наращивать ресурсы, чтобы успешно решать задачи, связанные с преодолением трудностей в жизни лиц с инвалидностью и ОВЗ, последовательно проводя политику расширения социальных возможностей для их достойной жизни в обществе.

Список литературы

Байрамов В.Д. Профессиональное обучение детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: методическое пособие. – М.: МГСГИ, 2006.

Байрамов В.Д. Россия: путь к социальному хаосу или модернизации? – М.: Эконинформ, 2012.

Вестник Бутова. №3. 2012.

Профессиональное образование инвалидов. Межвузовский сборник научных трудов /под ред. проф. Л.А. Саркисяна. – М.: МИИ, 2000.

Социальная защита и реабилитация инвалидов: российское и зарубежное законодательство. Материалы Всероссийской научно-практической конференции (Москва, 8–9 июня, 2011 г.) /под общ. ред. О.Н. Смолина. – М.: Логосвос, 2011.

Социальная интеграция, доступное качественное образование, проблемы семьи и молодежи. Материалы Всероссийской конференции. – М.: МГСГИ, 2008.

РЕЦЕНЗИИ. ИНФОРМАЦИЯ. БИБЛИОГРАФИЯ

Социальная защита и реабилитация инвалидов: российское и зарубежное законодательство. Материалы Всероссийской научно-практической конференции (Москва, 8–9 июня 2011 г.) / под общ. ред. О.Н. Смолина. – М.: Логосвос, 2011. – 272 с.

Рецензируемая ниже работа представляет собой сборник, включающий доклады и другие материалы научной конференции, которая состоялась по инициативе Фонда Розы Люксембург, общественного движения «Образование — для всех», Российского союза инвалидов, Московского государственного гуманитарно-экономического института. Выход в свет данного сборника свидетельствует о повышении активности лиц с инвалидностью, их организаций в отстаивании своих законных интересов и прав, о понимании их жизненных проблем в современных условиях все более широким кругом общественности.

В составе авторского коллектива немало фамилий политических деятелей, депутатов Госдумы РФ, руководителей организаций инвалидов, органов государственного и муниципального управления, зарубежных гостей, ученых и специалистов. Преобладают, что закономерно, представители научной общественности. Среди них сотрудники МГГЭИ — одного из инициаторов конференции (ректор — профессор В.Д. Байрамов); на их долю приходится примерно треть докладов, опубликованных в книге.

Центральное место среди материалов сборника занимает доклад *О.Н. Смолина* — заместителя председателя Комитета по образованию Государственной думы, вице-президента ВОС, доктора философских наук, профессора, члена-корреспондента РАО — «Три точки опоры: о новой концепции законодательства о социальной защите инвалидов в России». Три «столпа», на которых базируется содержание доклада, — это Конвенция ООН о правах инвалидов; первоначальная редакция федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ» (до того, как он был радикально ухудшен законом от 22.08.2004 г. №122 — так называемый закон о монетизации); многочисленные предложения людей с инвалидностью, родителей детей-инвалидов, контактирующих с инвалидами общественных объединений и т.д., т.е. значительной части неравнодушных членов общества. В итоге, судя по докладу, содержание социальной защиты существенно обогатилось, приобрело новаторский характер. Достаточно отметить, что по двадцати одной позиции концепция отличается от действующего законодательства, а по тридцати восьми позициям в ней предлагаются *новые нормы* или восстанавливаются те, что были исключены из первоначальной редакции закона о социальной защите инвалидов (1995 г.).

По-новому трактуется ключевое понятие «инвалидность». Подчеркнуто, что включать в это понятие такой признак, как «ограничение жизнедеятельности», принципиально неверно. В соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов предлагается «закрепить в законодательстве так называемый социальный подход к инвалидности, определяя ее как социальные барьеры в формировании, развитии и реализации способностей и потребностей человека». При этом указанные барьеры связываются именно с *нарушениями или утратой функций организма*. «Такие нарушения поддаются объективному измерению медицинскими методами. Если же человек преодолевает вызванные нарушением функций организма ограничения жиз-

недеятельности, государство должно это приветствовать, но никак не «наказывать» (с. 36). Можно предположить: если данный подход получит закрепление в законодательстве, то инвалиды будут иметь стимулы в успешной реабилитации, а также трудовой деятельности, которые пока отсутствуют.

В концепции содержится много других *инновационных* положений — о принципах государственной политики в области социальной защиты инвалидов, о порядке получения ИПР, об усилении гарантии занятости лиц с инвалидностью, о льготах и компенсациях, дополнительных правах этой категории лиц и т.д. Положительно, что в сборнике (см. «Приложение») дается таблица, содержащая сравнительный анализ идей концепции, воплощенных в проекте федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», с действующим законодательством. Это позволяет яснее представить новое видение проблем социальной защиты инвалидов, лучше понять смысл законотворческих инициатив, осуществление которых могло бы поднять на более высокий качественный уровень российское законодательство об инвалидах.

В сборнике рассматриваются многие актуальные вопросы, касающиеся социальной адаптации и защиты людей с ограниченными возможностями здоровья. Подавляющее большинство материалов отличается глубоким и критическим анализом сложившихся ситуаций в разных сферах жизни этих людей. Этим они вполне отвечают тону дискуссии, заданной основным докладом. В ряде материалов говорится о многочисленных нереализованных мерах, прописанных в законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», несмотря на прошедшие 15 лет со дня вступления его в действие. На примерах положения разных групп людей с инвалидностью (детей-инвалидов, молодых людей, женщин, лиц трудоспособного и нетрудоспособного возрастов, разных категорий инвалидов и т.д.) убедительно доказывается необходимость улучшения законодательства, разработки для них специальных целевых программ, помогающих им реализовывать свои права в конкретных жизненных обстоятельствах.

В некоторых докладах освещается острая тема — инвалид на рынке труда. Но таких материалов мало. Преобладают публикации, посвященные образованию лиц с особыми образовательными потребностями, в том числе интегрированному (инклюзивному). Интерес к данной теме понятен: ведь образованность во многом определяет статус человека с инвалидностью, в том числе и перспективы его трудоустройства. Сейчас в литературе можно встретить неоднозначное понимание интеграции в сфере образования, а на практике встречаются случаи подмены интеграцией системы специального образования. В сборнике же четко выражена, на наш взгляд, взвешенная позиция, с которой можно согласиться: «Являясь ведущей тенденцией современного этапа развития системы специального образования, интеграция не должна подменять систему в целом» (с.65). То же можно сказать об инклюзии.

Отличительная черта материала сборника: они носят не только концептуально-теоретический, но и деятельностно-практический характер, нацелены на улучшение реального положения социальной группы россиян, имеющей специфические потребности. Это выразилось в конкретных предложениях, выдвинутых многими авторами докладов и адресованных органам законодательной и исполнительной власти как федерального, так и регионального уровней. В книге помещены рекомендации конференции (с.240). В них, в частности, Правительству РФ рекомендовалось ускорить внесение Конвенции ООН о правах инвалидов и факультативного протокола к ней на ратификацию в Госдуму ФС РФ, что и было сделано в апреле 2012 г. Структура

сборника в целом удачна. Но представляется, что заключительное слово основного докладчика следовало бы поместить не перед докладом, а после — так логичнее. В тексте встречаются отдельные погрешности, что можно рассматривать как некоторые издержки оперативной подготовки его публикации.

Ценность сборника в том, что он своим содержанием показывает, какие резервы следует использовать для изменения, совершенствования действующего российского законодательства об инвалидах для того, чтобы эта группа населения успешнее интегрировалась в общество, не ощущала ни малейшей дискриминации, стала социально активнее, а специфические жизненные потребности ее представителей удовлетворялись бы как можно полнее. Несомненно, данное издание будет полезно преподавателям, аспирантам, студентам социально-гуманитарных специальностей, работникам органов государственного и муниципального управления, служб социальной защиты инвалидов, общественных организаций, так или иначе связанных с жизнью людей с ограниченными возможностями здоровья.

Крухмалев А.Е.

доктор философских наук, профессор

МЕЖВУЗОВСКАЯ НАУЧНАЯ ВСТРЕЧА СТУДЕНТОВ

10 апреля 2012 г. студенты МГГЭИ совместно со студентами РХТУ им. Д.И. Менделеева провели «круглый стол» на тему «Проявление патриотизма среди студенческой молодежи». Модераторы — кандидаты исторических наук, доценты кафедр социологии указанных вузов *М.А. Талпаханова* и *Ж.Е. Иванова*. Основу научной дискуссии составили материалы проведенного пилотажного социологического исследования по проблеме «Патриотическое настроение в студенческой среде», в ходе которого было опрошено 100 студентов и 15 преподавателей. Обсуждение проходило в два этапа: первый — в МГГЭИ и второй — в РХТУ.

Интересными и содержательными были выступления студентов экономического факультета МГГЭИ *И. Шинкарева*, *А. Сербиновской*, *В. Петренко*, а также будущих социологов из РХТУ — *О. Гузевской*, *О. Щеголевой*, *Е. Панфиловой*, *И. Сажина* и многих других (особенно на 2-м этапе).

В центре дискуссии оказались вопросы понимания студентами патриотизма, определения путей его формирования, выявления новых черт и особенностей проявления в современных условиях. Молодежь является свидетелем динамичных и существенных изменений в стране и обществе. И хотя нынешние студенты еще имеют запас «патриотической прочности», но жизненные реалии и обусловленные ими прагматические соображения заметно корректируют их жизненные планы. Как показали некоторые выступавшие, опираясь на данные исследования, и в среде студентов можно встретить «непатриотов». Часть молодых людей не стесняются демонстрировать свою гражданскую пассивность, мотивируя это тем, что от них ничего не зависит; некоторые стремятся после окончания вуза уехать из страны, есть такие, кто любыми путями хочет уклониться от службы в армии и т.д. Поэтому, отмечали молодые исследователи, как сам патриотизм, так и процесс его формирования, виды проявления требуют нового осмысления.

«Возможен ли в современной России молодежный патриотизм? Если да, то каким он должен быть?» — эти вопросы прозвучали в аудитории, и участники «круглого стола» попытались дать на них ответы, используя материалы проведенного ими

социологического опроса. Опрошенные студенты отмечали, что патриотизм существует для них не только как абстрактное понятие. Успехи наших спортсменов в международных соревнованиях, реальные достижения в политике, всемирное признание российских деятелей науки и искусства и т.д. способствуют формированию у молодежи гордости за свою Родину. Примечательно, что самым важным патриотическим событием и праздником респонденты назвали День Победы — 9 мая. Судя по материалам опроса, студенты хотят видеть перед собой пример для подражания, реальную модель проявления патриотизма, слушать живые рассказы о героях-патриотах, встречаться с ветеранами ВОВ, участниками современных военных действий, читать патриотические произведения, петь патриотические песни. Вместе с тем отмечалось, что в стране отсутствует целостная система патриотического воспитания, не сориентированы на него в должной мере ни СМИ, ни даже семья. Отсюда и опасность «угасающего патриотизма» у молодежи, в том числе студенческой.

На заключительном заседании (в РХТУ) участники «круглого стола» дали высокую оценку выступлениям. Все отметили доброжелательную атмосферу, царившую в аудитории, где вместе со сверстниками работали студенты с нарушениями здоровья — хороший *пример инклюзивного образования*. Результат анкетного опроса показал, что студенческая молодежь заинтересована в научных встречах, чтобы обсуждать свои актуальные проблемы. Большинство из опрошенных выразили готовность активно содействовать проведению подобных встреч.

**Библиографический указатель литературы по социологии
и социальной работе за 2011 г.**

(Из фондов библиотеки МГГЭИ)

Дьяченко Игорь Валерьевич. Современная реклама кино и особенности ее воздействия на аудиторию: социологический анализ: автореферат диссертации на соиск. учен. степени канд. социолог. наук / Дьяченко Игорь Валерьевич; Уральск. федеральн. ун-т им. Б.Н. Ельцина. – М.: УФУ, 2011. – 22 с. + библи.

Киммель Надежда Викторовна. Особенности формирования культурной идентичности представителей русскоязычной диаспоры в мусульманских странах: автореферат диссертации на соиск. учен. степени канд. социолог. наук / Киммель Надежда Викторовна; Уральск. гос. ун-т им. А.М. Горького. – Екатеринбург: УГУ, 2011. – 22 с. + библи.

Савин Валерий Николаевич. Правовая культура студентов в современных условиях: социологический анализ: автореферат диссертации на соиск. учен. степени канд. социолог. наук / Савин Валерий Николаевич; Уральск. гос. ун-т им. А.М. Горького. – Екатеринбург: УГУ, 2011. – 22 с. + библи.

Мотивация и стимулирование трудовой деятельности: учеб. для вузов / Кибанов Ардальон Яковлевич [и др.]. – М.: Инфра-М, 2011. – 523 с.: табл. + библи., прилож. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-16-003544-4.

Трахтенгерц Эдуард Анатольевич. Информационные технологии формирования управленческих решений в процессе манипулирования общественным мнением: монография / Трахтенгерц Эдуард Анатольевич. – М.: Новые технологии, 2011. – 32 с.: ил., табл. + библи. – (Библиотечка журнала «Информационные технологии»). – ISBN 1684-6400.

Лукьянова Инга Евгеньевна. Антропология: учеб. пособие для социальных спец. вузов / Лукьянова Инга Евгеньевна, Овчаренко, Валентина Алексеевна; под ред. Е.А. Сигиды. – М.: Инфра-М, 2011. – 239 с.: табл. + библи., слов. терминов. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-16-002893-4.

Социальная защита = Москва для жизни, для людей: справочник / вступит. ст. С. Собянина. – М.: Мэрия, 2011. – 144 с.: цв. ил. + прилож. – (Программа развития Москвы). – ISBN 978-5-9900919-4-8.

Корсаненкова Юлия Борисовна. Социальные пособия семьям с детьми и иные меры их социальной поддержки в России: учеб. пособие для юридич. спец. вузов / Корсаненкова Юлия Борисовна, Корсаненкова Алла Федоровна. – М.: Норма: Инфра-М, 2011. – 287 с. + библи. – ISBN 978-5-91768-196-2. – ISBN 978-5-16-004966-3.

Климова М.А. Социальные пособия: новые правила начисления, расчета и выдачи: налоговая консультация / М.А. Климова; гл. ред. А.Т. Гаврилов. – М.: Наука, 2011. – 143 с. + прилож. – (Библиотечка Российской газеты. № 17).

Кутафина О.Е. Права и обязанности семьи и государства в заботе о детях: консультация / О.Е. Кутафина, С.П. Гришаева; гл. ред. А.Т. Гаврилов. – М.: Наука, 2011. – 143 с. + прилож. – (Библиотечка Российской газеты. № 19).

Николаев Александр Александрович. Социология управления: учеб. пособие для вузов по спец. «Менеджмент» / Николаев Александр Александрович; Фин. акад. при Прав-ве РФ. – М.: Альфа-М: Инфра-М, 2011. – 268 с. + прилож., тесты, глоссарий. – (Социология). – ISBN 978-5-98281-222-3. – ISBN 978-5-16-004513-9.

Казанская наука: научн. журнал. № 10 / гл. ред. А.Р. Шагимуллин. – Казань: Казанск. Издат. Дом, 2011. – 385 с.: табл., граф. – ISBN 2078-9955.

Волков Юрий Григорьевич. Креативность: исторический прорыв России: монография / Волков Юрий Григорьевич. – М.: Социально-гуманитарные знания, 2011. – 326 с. – ISBN 978-5-91604-010-4.

Мороз Яна Юрьевна. Социальные позиции молодежи с инвалидностью в Российском обществе: объективное и субъективное измерения: автореферат на соиск. учен. степени кандидата социолог. наук / Мороз Яна Юрьевна; Южно-Российск. гос. технич. ун-т. – Ростов н/Д: ЮФУ, 2011. – 29 с. + библи.

Папа Олеся Михайловна. Социальная экология: учеб. пособие для вузов / Папа Олеся Михайловна. – М.: Дашков и К', 2011. – 174 с. + библи., слов. понятий. – ISBN 978-5-394-01075-0.

Дмитриев Анатолий Васильевич. Мигранты в новой среде: практика взаимодействия : монография / Дмитриев Анатолий Васильевич, Пядухов Григорий Акимович. – М.: Альфа-М, 2011. – 94 с. + прилож., глоссарий. – ISBN 978-5-98281-237-7.

Платонова Наталья Михайловна. Инновации в социальной работе: учеб. пособие для соц. спец. вузов / Платонова Наталья Михайловна, Платонов Михаил Юрьевич ; СПб. гос. ин-т психологии и соц. работы. – М.: Академия, 2011. – 250 с.: табл. + библи., глоссарий. – (Высшее профессиональное образование. Бакалавриат). – ISBN 978-5-7695-6996-8.

Нестерова Галина Федоровна. Технология и методика социальной работы: учеб. пособие для соц. спец. вузов / Нестерова Галина Федоровна, Астэр Ирина Валериевна; СПб. гос. ин-т психологии и соц. работы. – М.: Академия, 2011. – 206 с. : табл. + прилож., слов. терминов. – (Высшее профессиональное образование. Бакалавриат). – ISBN 978-5-7695-6891-6.

Шипунова Татьяна Владимировна. Технология социальной работы: учеб. пособие для соц. спец. вузов / Шипунова Татьяна Владимировна. – М.: Академия, 2011. – 239 с.: табл. + прилож. – (Высшее профессиональное образование. Бакалавриат). – ISBN 978-5-7695-6876-3.

Библиографический указатель литературы по социологии и социальной работе за 2011 г.

Тюрикова Галина Николаевна. Социальная экология: учеб. для вузов / Тюрикова Галина Николаевна, Ладнова Галина Георгиевна, Тюрикова Юлия Борисовна. – М.: Академия, 2011. – 208 с.: табл., ил. + прилож., библ., слов. терминов. – (Высшее профессиональное образование. Бакалавриат). – ISBN 978-5-7695-7726-0.

Сафронова Валентина Михайловна. Прогнозирование, проектирование и моделирование в социальной работе : учеб. пособие для соц. спец. вузов / Сафронова Валентина Михайловна. – 4-е изд. – М.: Академия, 2011. – 235 с.: табл. + библ., слов. терминов. – (Высшее профессиональное образование). – ISBN 978-5-7695-7780-2.

Социальная защита и реабилитация инвалидов = Российское и зарубежное законодательство: мат-лы Всероссийск. науч.-практич. конференции 8–9 июня 2011 г. / ред. О.Н. Смолин; Моск. гос. гум.-эк. ин-т; Российск. союз инвалидов. – М.: Логосвос, 2011. – 272 с.: цв. ил. + прилож. – ISBN 978-5-419-00410-8.

SUMMARIES

A.S. Bunina

THE UN CONVENTION ON DISABILITY RIGHTS RATIFICATION: HOPE TO SOLVE OLD PROBLEMS

How to implement the requirements of the UN Convention on disability rights ratified in Russia? This is the crucial question considered in the article as a prerequisite to improve the living standard of the disabled.

Key words: *the UN Convention on Disability Rights, social welfare, health, health care, rehabilitation, job placement.*

A.V. Turin

SOME AMERICAN MODELS OF SOCIAL DISABILITY OF LATE XX – EARLY XXI CENTURIES

Having analyzed the experience of American scientists, the author exposes various peculiarities of disability paradigms and models and reveals social significance of this phenomenon.

Key words: *disability, disability models, disability paradigms, social policy, culture of disability.*

Ju. A. Grebenkin

THE ATTITUDE TOWARDS THE DISABLED IN EUROPE DURING DIFFERENT HISTORICAL EPOCHS

The author analyses the attitude towards people with physical and mental deficiencies in Europe in different historical epochs, beginning with primitive society till the early Middle Ages, as well as its reflection in ancient customs and then in the legal norms.

Key words: *people with physical and mental deficiencies, customs, state, laws, Antiquity, Christianity, the Middle Ages, Western Europe.*

Zh. E. Ivanova, A.E. Krukhmalev, L.B. Kulemina

GENESIS OF CHARITY IN RUSSIA AS A FORM OF AID TO THE DISABLED (IX-XIX CENTURIES)

The article considers substantial characteristics of charity and its peculiarities at different historical stages in Russia. It is exposed that by the end of XIX century it had been formed as a multibranch but not an integral enough system of social support of people with various disabilities.

Key words: *charity, Christianity, monastery-church aid, church-state care, state-public care, private charity.*

O.G. Egorov

DISABLED STUDENTS IN INSTITUTIONS OF HIGHER EDUCATION: ADAPTATION PECULIARITIES

The article depicts the problems faced by disabled students because of earlier acquired problems (knowledge discreteness, lack of communication, etc.), main ways of their resolution are defined.

Key words: *institute of higher education, disabled students, social adaptation, knowledge, communication, social pedagogy, electronic training aids, achievement motivation.*

E.V. Voevodina

SPECIFICITY OF DISABLED STUDENTS ADAPTATION TO UNIVERSITY LIFE

Theoretical and practical problems of disabled students' social adaptation to university life are considered in the article.

Key words: *disabled students, social adaptation, University space, education, socio-psychological support.*

A.V. Gerasimov

PROFESSIONAL EDUCATION OF THE DISABLED IN THE CONTEXT OF ACMEOLOGY

Some theoretical and methodological principles of acmeology of professional training of people with musculoskeletal system violation are considered in the article.

Key words: *acmeology, acmeological approach, education, professional training, people with musculoskeletal system violation, self-actualization of the disabled, professionalism, professional growth.*

B.D. Andikyan

INCLUSIVE EDUCATION: PECULIARITIES AND PROGRESS TRENDS

The article considers the problems of inclusive education, reveals its peculiarities, difficulties and discrepancies of the development in Russia.

Key words: *integration, inclusion, inclusive education, social environment, social policy, inclusive practice.*

L.V. Dyogteva, E.M. Babanova

PROBLEMS OF PROFESSIONAL EDUCATION AND JOB PLACEMENT OF THE DISABLED

The article considers the declared rights of the disabled for professional training and job placement as well as difficulties in their realization. Some conditions aimed at enhancing possibilities for meeting needs of the disabled have been exposed.

Key words: professional training, additional education, disability, distance education, limited possibilities of health, job placement, modernization of education, state policy.

V.V. Melikhov, A.V. Bykova

ATHLETIC GYMNASTICS FOR THE DISABLED

The authors justify the appropriateness of the athletic gymnastics implementation to correct the violations of the physical development of the disabled.

Key words: people with musculoskeletal system violation, athleticism, physical education, athletic gymnastics.

T.A. Nekrasova

THE USE OF BODY-ORIENTED THERAPY AND ADAPTIVE PHYSICAL TRAINING IN THE PROCESS OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL SPASTIC INFANTILE PARALYSIS

The article exposes that the use of body-oriented therapy coupled with adaptive physical training increases the efficiency of children with cerebral spastic infantile paralysis rehabilitation. It also gives them a better understanding that there is an interconnection between the state of their health and the ability to be socially active, as well as encourages their personal responsibility for the state of their health.

Key words: body-oriented psychotherapy, body language, adaptive physical training, Rosen-therapy, art-therapy, comprehensive rehabilitation.

E.V. Shalamova

THE ACTIVITIES OF DISTRICT SOCIAL WELFARE AUTHORITIES AIMED AT REHABILITATION OF THE DISABLED

The article considers and generalizes experience of work with the disabled and people with limited possibilities of health, which was conducted by district social welfare authorities in two areas of Moscow – Northern Butovo and Southern Butovo. The author reveals the peculiarities and priority guidelines in rehabilitation and support of this group of population.

Key words: the disabled, people with limited possibilities in health, disabled children, social work, social welfare authorities, barrier-free environment, socio-rehabilitation help.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Вестник МГГЭИ является научным изданием, в котором публикуются статьи и другие материалы, *отражающие научно-исследовательскую работу института в области социально-гуманитарных и экономических дисциплин* с учетом его профиля как вуза для лиц с ограниченными возможностями здоровья. Приоритет отдается статьям, обладающим научной новизной, обобщающим результаты актуальных по проблематике исследований авторов, представляющим интерес для научной общественности и специалистов-практиков. Обязательное условие публикации работ *соискателей ученых степеней* — рецензии и рекомендации кафедр, отзывы научных руководителей. Экспертиза рукописей осуществляется также на заседаниях редколлегии. Журнал оставляет за собой право на сокращение объема материала и его литературную правку. *Плата с аспирантов за журнальную публикацию не взимается.*

Правила оформления направляемых в журнал рукописей.

Материалы представляются напечатанными в 2-х экземплярах через 1,5 интервала (кегель 14) на одной стороне листа + электронный носитель; *поля*: верхнее — 3, нижнее — 2, левое — 3, правое — 2 см.

Рисунки, схемы и таблицы должны быть пронумерованы и озаглавлены.

Термины и аббревиатуры, впервые встречающиеся в тексте, следует раскрывать (кроме общеупотребительных).

Объем: статей 10–20 страниц А4, аспирантских исследований — до 12, студенческих учебно-исследовательских работ — 5, рецензий — 4.

Страницы текста должны быть *пронумерованы*.

К рукописи прилагаются *на русском и английском языках*: 1) *авторская справка*: (Ф.И.О. полностью, ученая степень, звание, официальное наименование места работы, должность, электронный адрес); 2) *аннотация (резюме) не более 15 строк*; 3) *список ключевых слов — до 7*.

Ссылки на источники и литературу даются в квадратных скобках *в тексте*: приводится фамилия автора, год издания, страница [Иванов, 2012: 75]; список использованной литературы (кегель 12) помещается в конце статьи в алфавитном порядке *без нумерации* (сначала работы на русском, после них — на иностранных языках). *Автор несет ответственность* за достоверность приведенных фактов, цитат, статистических и иных данных, имен собственных, географических названий и других сведений. Текст рукописи подписывается автором с указанием координат для связи (почтовый и электронный адреса, телефоны).

Материалы (2 экз.) посылаются в редакцию в виде простых почтовых отправлений по адресу: 107150 г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.49, каб. 211. E-mail: RIO-mggei@yandex.ru

Решение о публикации или отклонении рукописи принимается по результатам экспертной оценки. При положительном решении *автор берет обязательство не публиковать ее ни полностью, ни частично в другом издании без согласия редакции в течение полугода*.

Рукописи авторам не возвращаются. При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

ДЛЯ ЗАМЕТОК