

Д.Г. Гурицкая

ИНКЛЮЗИВНЫЕ ЛИФТЫ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА

INCLUSIVE ELEVATORS IN THE SYSTEM SOCIALIZATION OF A DISABLED CHILD



ГУРЦКАЯ Диана Гудаевна — аспирант факультета социологии и журналистики Московского государственного гуманитарно-экономического университета (e-mail: ...)

GURTSKAYA Diana Gudaevna — post-graduate student of the Faculty of Sociology and Journalism, Moscow State University for the Humanities and Economics (e-mail: ...)

Аннотация. Актуальность статьи обусловлена необходимостью разработки методического инструментария для изучения механизмов социальной мобильности лиц, имеющих особенности здоровья и инвалидов, особенно детей. В статье осуществляется анализ теоретических оснований для введения нового понятия — «инклюзивный лифт», охватывающего активизации сценариев эффективной адаптации и социализации детей-инвалидов. Предложенная в данной статье структура инклюзивных лифтов для детей-инвалидов может служить основой реабилитационного и социализационного управления в условиях развития ребенка, передвижения его между социальными институтами, социальными общностями, группами.

Ключевые слова: социальная мобильность, социальный лифт, инклюзивный лифт, структура индивидуальной социальной мобильности.

Abstract. The relevance of the article is due to the search for methodological tools for studying the mechanisms of social mobility of people with health characteristics. The article analyzes the theoretical grounds for the introduction of the term, and also substantiates a new concept - «Inclusive elevator» from the point of view of activating scenarios for effective adaptation and socialization of children with disabilities. The structure of inclusive elevators for disabled children proposed in this article can serve as the basis for rehabilitation and socialization management in the conditions of a child's development, his movement between social institutions, social communities, groups.

Keywords: social mobility, social lift, inclusive lift, structure of individual social mobility

Общество как социальная система выстроена таким образом, чтобы активно поддерживаться в равновесном состоянии с помощью системы общих социальных моделей, ценностей и систем социальных норм [1]. Социальное равновесие в обществе может достигаться с помощью двух базовых процессов: во-первых, социализации, благодаря которой и обеспечивается включение культурных ценностных моделей, ролевых ожиданий и ориентаций в систему ориентаций

каждой отдельной личности; во-вторых, процессы институционализации, связанные с потребностями общества в постоянной функциональной самоорганизации. Данная система воспроизводится и наследуется в каждом поколении. Именно процессы социализации и интернационализации позволяют поддерживать и закреплять ее, обеспечивая состояние равновесия.

Социальная мобильность — один из факторов поддержания системности и равновесности в обществе, отражающие как объективную, так и субъективную сторону процесса социализации индивида. Неотъемлемым механизмом социальной мобильности, отражающим качество, процесс, критерии оценивания вертикального и горизонтального социального перемещения индивида, является социальный лифт.

В случае, когда мы говорим об условном оценивании различных видов мобильности для людей с ограниченными возможностями здоровья, мы фактически должны говорить о таком явлении, как «инклюзивный лифт». Введение такого понятия, его концептуализация дает возможности для осуществления объективного оценивания общих функций управления обществом с целью его развития с учетом индивидуальных возможностей составляющих его индивидов. Это позволяет нам сформировать следующие уровни понимания механизмов социальной мобильности: наличие потенциальных ресурсов, свойственных индивиду; уровень реального и потенциального качества жизни; комплекс личностных качеств, определяющих способность к мобильности в рамках инклюзивного лифта; возможности для оценивания социальной деятельности (реализованный потенциал).

Говоря о социальной среде как о совокупности условий существования, формирования и деятельности индивидов в социальных группах, предполагающих самые разнообразные уровни материального, политического, социально-экономического и, собственно, духовного плана, важно не потерять непосредственно человека среди его профессиональных, учебных, референтных социальных групп и помнить о его самооценности. Ценность человека составляют, с одной стороны, субъективные факторы, определяемые особенностями активности, самоидентификации, саморегуляции, а также и спектром проблем, связанных с «диссоциабельностью» лиц с инвалидностью (термин И.А. Шаповал) [2], а с другой — объективные (средовые, функциональные) факторы, среди которых следует выделить гибкость среды и отношение общества к разнообразию посредством доминирующих в социуме норм и ценностей [3].

Важно учитывать, что в рамках системного подхода необходимо разводить понятия система и среда. Так, Н. Луман считает, что система — это последовательность операций, а среда — это то, что остается снаружи. Луман отмечает такую особенность системы, как аутопойесис, то есть способность к самовоспроизводству и саморазвитию [4]. Это крайне важная характеристика для понимания вектора направленности инклюзивных лифтов.

На наш взгляд, наиболее ярко принцип ценности человека реализован в концепции экстрабилити, которую предложил О.Б. Колпащиков [5]. Эта концепция предполагает, что даже у лиц, имеющих физические ограничения, посредством активной адаптации и успешного механизма социализации можно сформировать дополнительные компенсационные способности, которых не существует у лиц без инвалидности. С точки зрения данного подхода, внутренние ресурсы инвалидов, особенно детей, могут быть развиты и дополнены таким образом, чтобы сделать каждого члена общества равноправным участником обществен-

ных отношений. Для реализации физических и социально-психологических ресурсов и необходимо создавать механизмы инклюзивных лифтов.

Инклюзивный лифт как механизм социализации должен реализовываться в контексте социальных институтов, институционализации. С точки зрения феноменологического подхода (П. Бергер, Т. Лукман, А. Шюц) институционализация представляет непрерывный процесс накопления социального опыта и его оприличивание, приводящее к «типизациям» социальных действий. Данный подход в контексте конструирования инвалидности как социального явления показывает взаимосвязь институтов и практик, в которых в разнообразных формах стандартизированного ролевого поведения и осуществляется накопление конкретного социального опыта.

Социальная мобильность — явление, «качество и ресурс индивида» [6], результат социальной деятельности, совокупность этой деятельности, которую расценивают также как ресурс процесса социализации. В целом, социальная мобильность наглядно демонстрирует многомерность, сложноорганизованность процесса социализации. Анализируя социальную мобильность с позиций конструктивистского подхода, мы акцентируем внимание на объяснении наиболее значимого, того, что в процессах социального конструирования реальности имеет значение. И в данном случае значение имеет не только объективированный социальный опыт, но и субъективный фактор в его конкретно-ситуативной реализации во взаимодействиях с другими. Этот инструмент демонстрирует отражение специфических потребностей и установок лиц с инвалидностью в их многообразных социальных практиках.

Инклюзивный лифт — это практика преодоления социального разрыва между членами общества путем преобразования искаженно понимаемой идентичности и самоидентичности инвалида посредством ресурсного развития и реализации ребенка, формирование не-обесценивающих практик социального взаимодействия через создание и активацию полноценной инклюзивной среды. Таким образом, инклюзивный лифт — это не только процесс социального движения, но и процесс работы с идентичностью и самоидентичностью ребенка-инвалида.

Анализ социологических исследований показывает, что большинство воспринимают инвалидность как искаженную телесность, проблемы со здоровьем социумом воспринимаются как видимые телесные нарушения. Так, согласно исследованию ВЦИОМ, проведенному в 2021 г. среди 1 600 россиян [7], респонденты среди проблем, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью, указали в качестве самых значимых следующие:

- трудности с перемещением по городу (34%);
- сложности с выходом из дома (29%).

Это означает, что именно телесные изменения, заметные людям, делают инвалида инвалидом. Это заметно и в представлениях людей о необходимых мерах, позволяющих сделать окружающую среду инклюзивной. Когда людям предлагается перечислить необходимые меры для создания «инклюзивной среды», речь идет о пандусах (52%), парковках для инвалидов (49%), специальных туалетах в общественных местах (27%) и тактильных табличках (25%). Все эти примеры наглядно показывают, что инвалидность понимается в первую очередь с точки зрения искажения телесности.

Очевидно, что необходимо разделять телесность с точки зрения физиологических свойств человека, то есть как некие биологические характеристики, и телесность как поле изменения смыслов. Соответственно, телесность выступает

уже социальной характеристикой. Конечно, инвалидность и проблемы со здоровьем обуславливают определенные физиологические проявления, но также вписываются в сферу индивидуального опыта, становятся социально значимыми параметрами. Таким же образом реализуются субъективные переживания ребенком собственной инвалидности, формируется первичная идентичность, связанная с личным опытом инвалидности. Однако в случае соприкосновения с институционализированным социальным опытом инвалидности, соответствующая идентичность может закрепляться и корректироваться.

И в этом ключе крайне важно, чтобы личный опыт и соответствующие практики пересекались с социально одобряемыми, признанными формами социализации и социального взаимодействия. Ребенок не должен чувствовать, что его восприятие себя как инвалида поддержано обществом. Быть инвалидом не должно быть равно «не нужным», «испорченным», необходимо избегать маркеров больного, социально не востребованного, ненормального. Так, влияние на социальную адаптацию подростка факторов психотравмирующих ситуаций у ребенка-инвалида, связанных с переживанием инвалидности, инаковости, во многом зависят от поддержки, оказываемой семьей и обществом.

На данный момент существует несколько основных проблем, связанных с эффективным включением инвалидов в общество посредством социализации.

1. Юридическое и экономическое обоснование статуса инвалида, что предполагает классификацию инвалидов относительно условной «нормы», что само по себе задействует сценарий «неполноценности», с одной стороны, и зависимого положения от государства, с другой. Эта позиция предполагает, что получивший статус инвалида законодательно и финансово поддерживается за счет других, здоровых граждан. Это способствует усилению дисгармонии в обществе.
2. Образовательные траектории не всегда доступны для лиц с различного рода заболеваниями; имеющиеся ресурсы социализации не всегда даруют всем равные права, обремененные равными обязанностями.
3. Организационные и психологические проблемы инвалидов отличаются от аналогичных в рамках других социальных групп, хотя бы с точки зрения пространственных перемещений.

В связи с этим интеграция лиц с инвалидностью и ОВЗ не всегда легко коррелирует с возможностями других социальных групп в реализации их собственных прав. Концепция инклюзивного лифта предполагает преодоление данных разрывов в понимании социальных позиций и возможностей для лиц с инвалидностью и ОВЗ. Перед обществом стоит необходимость формировать гибкую среду, позволяющую отвечать на разные запросы, независимо от их типичности или нетипичности. Иными словами, социальная инклюзия во многом зависит от готовности среды принять нетипичный объект в свою систему. Гибкость предполагает проектирование многообразных индивидуальных траекторий социальной инклюзии человека с инвалидностью, в результате чего возникает множество вариативных сценариев его включения в социум и образуется общее поле социальной активности людей с инвалидностью и других акторов инклюзии [8].

Социальные отношения и социальные взаимодействия несут в себе подкрепление переживания инвалидов: разделение схожих переживаний с теми, кто имел аналогичные проблемы в прошлом. В ситуации выстраивания инклюзивной среды и формирования устойчивых инклюзивных лифтов может оказаться

затруднительным разорвать уже сложившуюся систему искаженно понимаемой идентичности, передаваемую с помощью механизмов нормативного порядка. Разработка и внедрение инклюзивных лифтов предполагает отказ от сложившихся стереотипов, усиление механизмов сравнения и подкрепления позитивных практик, подчеркивающих склонность индивидов к интеграции.

В связи с этим важно понять, что реализуемые ранее концепции интеграции инвалидов не учитывали важнейший критерий, который предполагает система инклюзивных лифтов: это работа с самоидентичностью, осуществляемая самостоятельно и с помощью самых близких людей, принятие себя как полноценного члена общества, невзирая на инвалидность, а возможно — благодаря ей. Общество в данном случае лишь выступает принимающей стороной, хотя и оказывает серьезнейшее воздействие на саму структуру идентичности.

Таким образом, выделим важнейшие качественные критерии модели инклюзивного лифта.

1. Двустороннее взаимодействие индивида и общества в интересах части и целого, возможности инициирования контактов с обеих сторон.
2. Взаимное обогащение и закрепление позитивных практик, как со стороны среды, так и личности. Устранение негативных практик, закрепляющих «испорченную идентичность» инвалидов [9].
3. Расширение зоны социальной активности инвалида за счет развития его потенциала и ресурсного багажа.

Инклюзивные лифты в социализации ребенка-инвалида, опирающиеся на феномены социальной солидарности и интеграции, с одной стороны, и специфики личного опыта переживания инвалидности — с другой, должны обеспечивать функционирование общества с пониманием всех индивидуальных и групповых интересов.

Такой подход позволяет не только анализировать состояние реабилитационной среды, но также оценивать готовность среды к принятию новых членов, равно и оценивать процессуальный характер инклюзивного лифта через оптимальность включения ребенка в социализационные процессы, инициирование двустороннего характера этих процессов.

Список литературы

1. *Парсонс Т.* О социальных системах / под ред. В.Ф. Чесноковой, С.А. Белановского. — М.: Академический проект, 2002. — 832 с.
2. *Шаповал И.А.* Диспозиции социальных субъектов инклюзии и интеграции лиц с инвалидностью в общество // *Ценности и смыслы.* — 2019. — № 4 (62). — С.44–58.
3. *Шаповал И.А.* Социальная инклюзия лиц с ограниченным возможностями здоровья де-юре и де-факто: «включаемые», «включающиеся», «невключающиеся» // *Вестник Балтийского федерального университета им. Э. Канта.* Серия: Филология, педагогика, психология. — 2019. — № 1. — С. 95.
4. *Луман Н.* Введение в системную теорию/ под ред. Д. Беккера; пер. с нем. К. Тимофеевой. — М.: Логос, 2007. — С. 79.
5. *Колтащиков О.Б.* Экстрабилити людей с инвалидностью в инклюзивном социальном проектировании // *Экстрабилити как феномен инклюзивной культуры: матер. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Екатеринбург, 12 декабря 2018 г.).* — Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та, 2019. — С. 31–42.

6. *Шпекторенко И.В.* Социальные лифты в структуре социальной мобильности индивида // *Управленческое консультирование*. — 2013. — № 6. — С.102.

7. *Инвалиды и общество: положение, отношение, проблемы.* — Текст: электронный // *ВЦИОМ: [сайт]*. — URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/invalidy-i-obshchestvo-polozhenie-otnoshenie-problemy>.

8. *Петров В.П., Кантемирова И.Б.* Феномен социальной эксклюзии/инклюзии в аспекте образовательной деятельности детей с ограниченными возможностями здоровья // *Вестник Адыгейского государственного университета*. Серия 1. — 2019. — № 2 (239). — С. 134.

9. *Гофман И.* Стигма: заметки об управлении испорченной идентичностью / пер. с англ. М.С. Добряковой. — Текст: электронный // *НИУ ВШЭ: [сайт]*. — URL: https://www.hse.ru/data/2011/11/15/1272895702/Goffman_stigma.pdf?ysclid=lgnicqtc3o901387551.