

УДК 316.344.6

Л.Г. Гусякова*,
Г.В. Говорухина, В.Н. Козлова

Алтайская государственная академия культуры и искусств,
Горно-Алтайский государственный университет, Россия, г. Барнаул
*E-mail: guslyakova@mail.ru

Модели инвалидности: теоретико-методологический анализ

В статье рассматриваются основные подходы к анализу моделей инвалидности. В частности, отмечается, что в основе выделения моделей инвалидности лежат парадигмы инвалидности: традиционная, или медицинская и посттрадиционная, или социальная. Особое внимание обращается на модели инвалидности, выделяемые британскими и американскими исследователями.

На уровне 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. В настоящее время за рубежом идет процесс постепенного переосмысления идеи инвалидности, отказ от стереотипных подходов, наблюдается попытка рассмотреть возможности оптимальной адаптации инвалидов к социуму как за счет их собственных усилий и пересмотра собственного отношения к инвалидности, так и за счет пересмотра отношения общества к инвалидности.

Ключевые слова: инвалид, инвалидность, социальная интеграция, модели инвалидности, социальная адаптация, социальная реабилитация, социальные барьеры, эмоциональные барьеры.

L.G.Guslyakova, G.V. Govorukhina, V.N.Kozlova

Models of disability: theoretical and methodological analysis

This paper examines the main approaches to the analysis of models of disability. In particular, it is noted that the basis for selection of models of disability are disability paradigms: the traditional, or medical and postconventional, or social. Particular attention is drawn to the model of disability allocated by British and American researchers.

Key words: disabled, disability, social integration, models of disability, social adaptation, social rehabilitation, social barriers, emotional barriers.

Л.Г. Гусякова, Г.В. Говорухина, В.Н. Козлова

Мүгедектік модельдер: теориялық-әдістемелік анализ

Бұл мақалада мүгедектік модельдерінің анализіне сипаттама беріледі. Жеке жағынан қарағанда, ең басты мүгедек модельдерінің парадигмасы: дәстүрлік, медициналық немесе әлеуметтік. Британдық және американдық зерттеушілердің жұмыстарында басты назар мүгедек модельдерге аударылады.

Түйін сөздер: мүгедек, әлеуметтік интеграция, мүгедектік модельдер, әлеуметтік бейімделу, әлеуметтік оңалту, әлеуметтік кедергілер, эмоционалдық барьерлер.

Понятие инвалидности как социальной неадекватности широко распространено. В его основе лежит представление о том, что человек с определенными тяжелыми заболеваниями или дефектами развития не способен обеспечивать себя необходимыми жизненными условиями а, тем более, быть полноценным членом общества. Однако, термин «инвалидность» трактуется неоднозначно.

В Декларации о правах инвалидов, принятой ООН в 1975 году, отмечается, что понятие «инвалид» означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично свои потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или приобретенного, его или ее физических или умственных возможностей» [1, с. 208].

При описании инвалидности включаются различные функциональные ограничения, т.к. люди могут стать инвалидами вследствие физических, умственных или сенсорных дефектов, состояния здоровья или психических заболеваний, причем эти дефекты, состояния или заболевания по своему характеру могут быть постоянными или временными [2, с.196].

В соответствии с законодательством Российской Федерации, инвалидом считается лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты (Федеральный закон N 181-ФЗ от 24.11.1995 г. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», статья 1).

В Федеральном Законе «Об основах социального обслуживания граждан Российской Федерации» инвалидность трактуется как трудная жизненная ситуация, т.е. ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина, которую он не может преодолеть самостоятельно.

Социальные ограничения, порожденные дефектами здоровья, носят комплексный характер. Это, в первую очередь, *физические ограничения*. Эти ограничения влекут за собой многие последствия и требуют принятия специальных мер, устраняющих изоляцию инвалида (пространственную, транспортную, бытовую и т.д.), в том числе и *трудовую сегрегацию*. В ряде случаев инвалид абсолютно не способен к трудовой деятельности, даже самой простой. Однако, в других ситуациях инвалидам предоставляются

(или оказываются доступными) рабочие места, требующие низкой квалификации, предусматривающие монотонный, стереотипный труд и невысокую заработную плату. Такое положение обусловлено не только (или не столько) ограниченностью их индивидуальных физических или интеллектуальных ресурсов, сколько неразвитым характером рынка труда для лиц с особыми нуждами [3, с. 8].

Барьер между инвалидом и продуктивным трудом может обуславливаться и отсутствием трудовой мотивации с его стороны. По данным отечественных и зарубежных экспертов, трудовая деятельность доступна 2/3 всех инвалидов, работает же не более 11% из них [4]. Это вызвано не столько отсутствием специальных рабочих мест, сколько ориентацией на получение льгот и пособий вместо труда. К сожалению, формирование современной трудовой мотивации и трудовой этики блокируется тем обстоятельством, что нередко пенсия является более солидным источником дохода, чем заработная плата работающего инвалида.

Изоляции инвалида способствует и *пространственно-средовой барьер*. Даже в тех случаях, когда лицо с физическими ограничениями имеет средства передвижения (протез, кресло-коляска, специально оборудованный автомобиль), сама организация жилой среды и транспорта не является пока дружественной инвалиду [5-6]. Недостает оборудования и приспособлений для бытовых процессов, самообслуживания, свободного передвижения. Люди с сенсорными нарушениями испытывают дефицит специальных информационных средств, извещающих о параметрах окружающей среды. Для лиц с интеллектуально-психическими ограничениями отсутствуют возможности ориентироваться в среде, безопасно передвигаться и действовать в ней.

Для всех типов инвалидности препятствием, способствующим изоляции, является *информационный барьер*. Инвалиды затруднены в получении информации как общего плана, так и имеющей непосредственное значение для них (исчерпывающие сведения о своих функциональных нарушениях, о мерах государственной поддержки инвалидов, о социальных ресурсах их поддержки). Лицам с ограниченными возможностями гораздо труднее презентовать свои взгляды и позиции, довести до общества свои нужды и интересы. Поэтому могут возникать искаженные представления о потребностях инвалидов, на основе чего возникают предрас-

судки и фобии, что затрудняет коммуникации между инвалидом и социумом, создает *эмоциональный барьер* для интеграции инвалидов в общество. Этот барьер проявляется в том, что окружающие выражают непродуктивные эмоциональные реакции (любопытство, насмешки, неловкости, чувства вины, гиперопеки, страха и т.д.), которые способствуют проявлению фрустрирующих эмоций инвалида: жалость к себе, недоброжелательство по отношению к окружающим, ожидание гиперопеки, стремление обвинить кого-то в своем дефекте, стремление к изоляции и т.д. Подобный комплекс является ретардирующим, то есть, затрудняющим социальные контакты, в процессе взаимоотношений инвалида и его социальной среды [7].

Все это обуславливает важность восстановления нормальных для возраста и социального статуса инвалида *коммуникаций*, которые, в свою очередь, способствуют социальной интеграции инвалида в общество [8].

Эффективность социальной интеграции инвалидов зависит от выбора модели инвалидности, которая обуславливает технологии социальной реабилитации инвалидов. В настоящее время некоторые исследователи в основу модели инвалидности кладут парадигмы инвалидности – «старую», то есть традиционную, или медицинскую, и «новую», то есть посттрадиционную, или социальную [9-10]. Традиционная, или так называемая «старая» парадигма инвалидности включает в себя:

- моральную (религиозную) модель;
- медицинскую модель;
- экономическую модель;
- модель функциональной ограниченности;
- реабилитационную модель.

Моральная модель инвалидности, вытекающая из базовых постулатов христианской религии, с одной стороны, рассматривает инвалидность как «наказание за грехи», а с другой – причисляет инвалидов к мученикам [11]. Некоторые культуры и субкультуры до сих пор связывают инвалидность с чувствами религиозного наказания или вины, стыда, низким социальным статусом и эксклюзией как самого инвалида, так и всей его семьи, даже если подобные чувства уже не базируются на религиозной доктрине. И хотя данная модель сегодня практически не используется в реальной социальной политике стран, это не мешает ей оставаться неким способом видения инвалидности, распространенным в обществе.

Медицинская модель инвалидности в течение длительного времени была доминантной и претендовала на особую научность и гуманность (иногда ее еще называют «административной моделью»), поскольку она зародилась в недрах систем здравоохранения и социального обеспечения). Медицинская модель инвалидности рассматривает физические и психические отличия между людьми в терминах патологических отклонений и дефектов, то есть «неполноценности» [12]. Инвалиды ограничены в жизнедеятельности, в первую очередь, потому, что имеют определенные нарушения, наличие которых не позволяет им передвигаться, видеть, разговаривать, воспринимать информацию так, как это делает большинство людей, не имеющих инвалидности. Медицинская модель предполагает, что усилия общества по интеграции людей с ограниченными возможностями должны быть направлены на адаптацию инвалидов к социальным условиям, в которых живут люди без инвалидности. Для этого инвалидов, в первую очередь, необходимо вылечить, вернуть им здоровье. Только тогда инвалиды смогут в существующих условиях передвигаться, работать, учиться, как и все другие люди [13-14]. Реабилитация, таким образом, рассматривается лишь с одной стороны – со стороны восстановления трудовых возможностей человека.

Согласно медицинской модели, если проблеме невозможно решить медицинским путем, то человека с инвалидностью необходимо поместить в специализированное учреждение, где создаются приемлемые условия для его жизнедеятельности на ограниченном пространстве и удовлетворять только самые насущные потребности. За пределами таких учреждений инвалид сталкивается с препятствиями, делающими невозможной самостоятельную жизнь в обществе [15].

В медицинской модели акцент делается на зависимости инвалида от окружающих его людей, все внимание концентрируется на нарушении здоровья, а не на реальных потребностях человека. Эта модель предполагает, что большинство жизненно важных решений за инвалида, таких, как выбор профессии, трудоустройство, принимают специалисты (медики, социальные работники, государственные служащие). Медицинский подход предполагает наличие внешней структуры, которая осуществляет контроль над различными аспектами жизни инвалидов, принимает решения по поводу различных сто-

рон жизни инвалидов, несет ответственность за эти решения. В качестве такой структуры может выступать государство в лице организаций и учреждений, занимающихся проблемами инвалидов, общественные организации, семья, друзья, социальное окружение инвалида [16]. При таком подходе человек с инвалидностью находится на положении «больного», или «опекаемого», на жизнь которого накладывается множество ограничений. В конечном счете, это ведет к социальной изоляции инвалидов и не способствует включению их в жизнь общества.

Отличительным подходом медицинской модели являлось то, что она рассматривает людей с ограниченными возможностями как некомпетентных, неспособных отвечать за себя и трудиться, нуждающихся в присмотре и, возможно, опасных для общества. Медицинское определение инвалидности в значительной мере довлеет и над самим явлением инвалидности, и над теми, кого оно затрагивает. При таком подходе недуги автоматически исключают участие инвалидов в обычной социальной деятельности, в связи с чем необходимо создавать особые медицинские центры, изолированные специализированные интернаты и коррекционные школы. Кроме того, они нуждаются в специальных социальных льготах, пособиях, удовлетворяющих, как правило, только минимальный уровень их материального благополучия. Такой подход способствует закреплению низкого социального статуса людей с ограниченными возможностями и усиливает социальные стереотипы относительно их несамостоятельности и неуверенности [17].

Экономическая модель инвалидности во многом является закономерным продолжением медицинской модели, предполагает перераспределение доходов между различными слоями общества там, где в качестве методологической основы принимается медицинское определение инвалидности, так как лица с ограниченными возможностями рассматриваются как физически неполноценные или психически больные, то отсюда делается вывод о том, что они могут работать с гораздо «меньшей нагрузкой, чем здоровые люди, или неспособные работать вообще. Таким образом, лица, страдающие неполноценностью, изначально рассматриваются как менее производительные и экономически ущербные», они не могут производить достаточное количество ресурсов, чтобы обеспечить себя, и, следовательно, являются обузой для общества [18].

Модель функциональной ограниченности основана на медицинской модели и описывает неполноценность как неспособность индивида выполнять те или иные функции наряду со здоровыми людьми [19]. В частности, в Законе США от 1975 г. «О правах лиц с недостатками развития» отмечается, что функциональная ограниченность инвалидов может проявляться в трех или более областях человеческой деятельности: невозможность ухода за собой; ограничения в общении; ограничения в обучении, передвижении, самоконтроле; экономическая несамостоятельность в силу ущерба, невозможность независимого существования и др. Современное функциональное определение неполноценного развития затрагивает большинство людей, страдающих серьезными недостатками здоровья, и, как следствие, не учитывает огромного количества людей, страдающих более легкими формами недугов.

Из модели функциональной ограниченности вытекает и *реабилитационная модель инвалидности*, которая главной проблемой инвалида видит наличие больного, «ненормального» тела или психики, нуждающихся в медицинском лечении и реабилитации, цель которых – устранение или компенсация возникших функциональных расстройств. Такие социальные институты, как служба занятости и др., созданы, прежде всего, для нужд здоровых людей. Вместо того, чтобы адаптировать эти институты для нужд всех людей, общество идет по другому пути, отделяя инвалидов в специально созданное параллельное пространство, мало пересекающееся с преобладающими направлениями в разных сферах деятельности («мэйнстримом») неинвалидов [20]. В этом параллельном пространстве люди с ограниченными возможностями – это либо в большинстве своем неработающие пенсионеры, либо те, кто занимают сегрегированные, как правило, «специальные» рабочие места для инвалидов, характеризующиеся малой оплатой и низким престижем. Суть реабилитационной модели состоит в том, чтобы адаптировать, приспособить инвалида к социуму, задача же изменения социума в интересах инвалида и поднятие его социального статуса не рассматриваются. Следует отметить родственную связь моделей функциональной ограниченности, реабилитационной и медицинской. Многие исследователи, говоря о медицинской модели инвалидности, подразумевают смешанный характер этих трех моделей.

Посттрадиционная парадигма инвалидности обращает внимание на динамическое взаимодействие между инвалидом и окружающей средой, обществом в целом, а не на «недостатки» лиц с ограниченными возможностями. «Новая», или посттрадиционная, парадигма инвалидности включает ряд социальных моделей инвалидности, которые условно были разделены на британские и американские модели инвалидности [19; 21].

Широкое распространение в мировой практике инвалидности получили так называемые британские модели инвалидности, которые различались между собой по отношению к трансформации общественного устройства и стратегии освобождения от социального угнетения. К британским моделям инвалидности относятся:

Материалистическая модель инвалидности, которая представляет собой социальную модель инвалидности, вытекающую из учения К. Маркса. В качестве методологической базы эта модель использует марксистскую социологию и марксистскую политическую экономию. Материалистическая модель инвалидности содержит в себе несколько ключевых элементов:

а) провозглашает, что люди с ограниченными возможностями являются угнетенной социальной группой;

б) делает различия между повреждениями, которыми обладают люди, и угнетением, с которым они сталкиваются;

в) определяет инвалидность (что наиболее важное) как социальное угнетение, которое испытывают инвалиды [22].

Модель независимой жизни берет начало в теории нормализации и социальной валоризации и в качестве методологической базы использует функционалистскую социологию, социологию символического интеракционизма. Данная модель оказала значительное влияние на формирование концепций социальной политики в области инвалидности во многих западных странах, таких, например, как Великобритания, Швеция и США [23]. Свое конкретное отражение она нашла в официально взятом курсе, направленном на свертывание сети специализированных интернатов для людей с ограниченными возможностями, и на развитие разнообразных форм обслуживания и поддержки инвалидов непосредственно по месту жительства (деинституционализация и декарцерация). К американским моделям инвалидности относятся:

Психосоциальная модель инвалидности, которая берет свое начало в учении Гофмана, и в качестве методологической базы использует социологию символического интеракционизма и постмодернистские концепции. В своих работах Гофман рассматривал разрыв между тем, чем человек должен быть – «виртуальной социальной идентичностью», и тем, что он на самом деле собой представляет – «актуальной социальной идентичностью». Человек, имеющий разрыв между этими двумя идентичностями, «заклеймен» или «стигматизирован». С помощью понятия «стигма» рассматриваются взаимодействия между нормальными и заклеяменными людьми. Лица с инвалидностью относятся к категории «заклеймленных». Согласно подходу Гофмана, инвалидность определяется как результат действия стигмы – неожиданных различий или «нетипичности», и граница между «нормой» и «аномалией» является социальной конструкцией. Граница носит нестатичный характер – она меняется в 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» [14].

Социально-политическая модель инвалидности была предложена активистом движения инвалидов в США Харланом Ханом в 1994 г. В качестве теоретического основания были использованы идеи и принципы философии прав инвалидов и идеологии гражданских прав, получивших мощное развитие в США и Западной Европе, начиная с 1960-1970-х гг. Модель Хана, по сути, является одной из социальных моделей, т.к. выносит проблему инвалидности за пределы пространства человеческого тела, в отличие от медицинских моделей инвалидности. Он рассматривает инвалидов как группу угнетаемого меньшинства в современном обществе и помещает инвалидность внутрь плоскости взаимоотношений между инвалидом и общественными условиями [24]. Специфически инвалидность является результатом неподходящих

условий между индивидом и окружающей средой. Согласно данной концепции, инвалидность стоит рассматривать как 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.

Культурная модель инвалидности была разработана во второй половине 1990-х гг. Согласно этой модели, инвалидность можно рассматривать как совершенно особый культурный феномен, отличный от других культурных феноменов. Дискуссия о культурной модели инвалидности ведется о том, каким образом социальная идентичность сплачивает людей, каким образом культура и искусство инвалидов дают возможность людям с ограниченными возможностями не только войти в «мэйнстрим» доминантной культуры, но и создавать собственный позитивный публичный имидж в обществе [25]. Развитие культуры инвалидности дает понимание инвалидам 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.

Исследователи инвалидности пишут о том, что сейчас наступает вторая фаза в мировом социальном движении инвалидов [26-27]: если в течение последних 30 лет люди с ограниченными возможностями боролись за равные права, то вторая фаза означает борьбу за коллективную идентичность. Поскольку ряд задач первой фазы движения инвалидов продолжает оставаться полностью нерешенным, базовой целью второй его фазы должно стать, прежде всего, создание культуры инвалидности, поскольку она подразумевает активное участие в культурной жизни собственной страны, необходимое для более полной интеграции в социум, более четкую артикуляцию и продвижение собственных целей и интересов, активное изменение негативных установок общества и самоопределение инвалидов как решающий

компонент защиты прав инвалидов. Таким образом, культура инвалидности – «это культура не отдельных индивидов, это культура о стиле жизни отдельно взятой группы населения, независимо от ее размеров, расположения в пространстве, национальности» [25].

Модель человеческого разнообразия в качестве методологической базы использует социологию постмодернизма и феминистскую социологию. В рамках данной модели инвалидность – это нормальное состояние человека, т.к. 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 [28-29].

Для методологической поддержки данной точки зрения американские исследователи инвалидности ссылаются на труды индийского философа Саркара, который доказывает, что телесные различия не должны маскировать нашу человеческую сущность, поскольку все мы произошли из единого источника [30]. 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...».

Таким образом, в настоящее время за рубежом идет процесс постепенного переосмысления идеи инвалидности, отказ от стереотипных подходов, наблюдается попытка рассмотреть возможности оптимальной адаптации инвалидов к социуму как за счет их собственных усилий и пересмотра собственного отношения к инвалидности, так и за счет пересмотра отношения общества к инвалидности.

Литература

- 1 Основы социальной работы / под ред. И.Ф. Басова. – М., 2007.
- 2 Основы социальной работы / отв. ред. П.Д. Павленок. – М., 2001.
- 3 О трудоустройстве инвалидов в Российской Федерации (информационно-аналитический материал по информации субъектов Российской Федерации). – М., 2005.
- 4 Российский статистический ежегодник. Офиц. издание. – М., 2002.
- 5 Лагункина В.И. Социальная реабилитация инвалидов : автореф. дис. канд. социол. наук. – М., 2000.
- 6 Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: социальное гражданство инвалидов в современной России. – Саратов, 2006.
- 7 Преодолевая барьеры инвалидности. – М., 1997.
- 8 Комплексная реабилитация инвалидов / под ред. Т.В. Зозули. – М., 2005.
- 9 Васильева Н.В. Социологические концепции исследования инвалидности // Социологический сборник. – Вып. 7. – М., 2000.
- 10 Веденева Н.В. Социальные аспекты реабилитации инвалидов в Российской Федерации : автореф. дис. канд. социол. наук. – М., 2004.
- 11 Ali B. Representations of the disabled in Arab/Islamic culture and literature from North Africa and the Middle East, 2000 // UMI ProQuest Digital Dissertation-24PagePreview // http://www.lib.umi.com/dissertations/results?set_num=3.
- 12 Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Инвалид и общество: социально-психологическая интеграция // Социологические исследования. – М., 1991. – № 5.
- 13 Шарыпов В.Н. Взаимное консультирование. – Барнаул, 2005.
- 14 Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами : учеб. пособие. – Саратов, 2003.
- 15 Блохина С.И., Козлова В.П., Елькин И.О., Ошкордина А.А. Эволюция философии и методологии реабилитационного процесса // Психологическое сопровождение и организационно-медицинские алгоритмы реабилитации. – Екатеринбург, 2005.
- 16 Горбунова Н.А. Развитие социально-трудовой реабилитации инвалидов в годы Советской власти и ее особенности на современном этапе // Актуальные вопросы врачебно-трудовой экспертизы социально-трудовой реабилитации инвалидов : сборник научных трудов. – М., 1988.
- 17 Campbell F. Disability As Inherently Negative? Legal Fictions and Battles Concerning the Definitions of Disability // Disability With Attitude: Critical Issues 20 Years After the International Year of Disabled Persons. Conference. – Sydney. February 2001.
- 18 Рот У. Неполноценность физическая // Энциклопедия социальной работы. – В 3 т. – Т. 2 ; пер. с англ. – М., 1994.
- 19 Тарасенко Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросс-культурный анализ и поиск оптимальной концепции для России // Журнал исследований социальной политики. – 2004. – Т.2. – № 1.
- 20 Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности. Проблемы доступной среды и возможности занятости // Социологические исследования. – М., 2005. – №2.
- 21 Попова В.Г., Холостова Е.И. Социальная политика и социальная работа: уч.-методич. пособие. – М., 1998.
- 22 Наберушкина Э.К. Политика в отношении инвалидов / под ред. Е. Ярской-Смирновой, П. Романова // Социальная политика и социальная работа в изменяющейся России. – М., 2002.
- 23 Рамон Ш. Нормализация и социальная валоризация в контексте современной социальной политики // Управление здравоохранением. – 2001. – № 2.
- 24 Hahn H. Toward a Politics of Disability: Definitions, Disciplines and Policies. Unpublished paper. – University of Southern California, 1994 // <http://www.independentliving.org/docs4/hahn.html>.
- 25 Finkelstein V, Morrison E. Broken Arts and Cultural Repair: the Role of Culture in the Empowerment of Disabled People // Disabling Barriers – Enabling Environments / J. Swain, V. Finkelstein, S. French, M. Oliver (Eds). Sage Publications Ltd. 1993 // <http://www.independentliving.org/docs3/finkelstein93a.pdf>.
- 26 Волкова Е.Н. Состояние и проблемы трудоустройства инвалидов в капиталистических странах // Вопросы социального обеспечения. – М., 1988.
- 27 Мурашева С.Н. Особенности трудовых отношений в общественных организациях инвалидов и проблемы взаимодействия с государственным сектором. – Хабаровск, 2003.
- 28 Caldwell-Cobbart 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 // <http://www.apa.org/monitor/feb98/diverse.html>.
- 29 Garland-Thomson R. Integrating Disability, Transforming Feminist Theory // NWSA Journal (an official publication of the US National Women's Studies Association), feminist Disability Studies. – Fall 2002. – Vol. 14. – № 3 // <http://www.iupournals.org/nwsa/nwsl4-3.html>.
- 30 Sarkar P. Theories of Individual and Social Transformation / Edited by Sohail Inayatulla. -Gurukula Press, 1996 // <http://www.metafuture.org.Books/situatingSarkarTranscendingBoundaries.html>.

References

- 1 Fundamentals of social work / ed. I. F. Basov. – M., 2007.
- 2 Fundamentals of Social Work / Exec. Ed. P. D. Pavlenok. – M., 2001.
- 3 Employment of Disabled Persons in the Russian Federation (information and analytical materials on the information of the Russian Federation). – M., 2005.
- 4 Statistical Yearbook. Official edition. – M., 2002.
- 5 Lagunkina V. I. Social rehabilitation of the disabled: author. dis. cand. sociol. sciences. – M., 2000.
- 6 Romanov P. V., Iarskaia-Smirnova E. R. Disability Policy: social citizenship of persons with disabilities in Russia. – Saratov, 2006.
- 7 Breaking the barriers of disability. – M., 1997.
- 8 Complex rehabilitation of disabled persons / ed. T. V. Zozuli. – M., 2005.
- 9 Vasilyeva N. V. Sociological study of the concept of disability // Sociological Collection. – Vol. 7. – M., 2000.
- 10 Vedeneyeva N. V. Social aspects of rehabilitation of disabled persons in the Russian Federation: author. dis. cand. sociol. sciences. – M., 2004.
- 11 Ali B. Representations of the disabled in Arab/Islamic culture and literature from North Africa and the Middle East, 2000 // UMI ProQuest Digital Dissertation-24 Page Preview // http://www.lib.umi.com/dissertations/results?set_num=3.
- 12 Dobrovolskaya T. A., Shabalina N. B. Disabled persons and society: social and psychological integration // Sociological Research. – M., 1991. – N 5.
- 13 Sharipov V. N. Mutual consultation. – Barnaul, 2005.
- 14 Iarskaia-Smirnova E. R., Naberushkina E. K. Social work with people with disabilities: schoolbook. – Saratov, 2003.
- 15 Blokhina S. I., Kozlova V. P., Elkin I. O., Oshkordina A. A. Evolution of the philosophy and methodology of the rehabilitation process // Psychological Support and organizational-medical algorithms of rehabilitation. – Ekaterinburg, 2005.
- 16 Gorbunova N. A. Development of social and labor rehabilitation of disabled persons in the years of Soviet power and its characteristics at the present stage // Actual problems of medical labor examination of social and labor rehabilitation of disabled persons: collection of scientific papers. – M., 1988.
- 17 Campbell F. Disability As Inherently Negative? Legal Fictions and Battles Concerning the Definitions of Disability // Disability With Attitude: Critical Issues 20 Years After the International Year of Disabled Persons. Conference. – Sydney. February 2001.
- 18 Roth W. Inferiority physical // Encyclopedia of Social Work. – At 3m. – T. 2; translation from English. – M., 1994.
- 19 Tarasenko E. A. Social policy in the field of disability: a cross-cultural analysis and the search for the optimum concept for Russia // Journal of Social Policy Studies. – 2004. – Vol. 2. – Number 1.
- 20 Romanov P. V., Iarskaia-Smirnova E. R. Politics of disability. Problems accessible environment and employment opportunities // Sociological Research. – M., 2005. – № 2.
- 21 Popova V. G., Kholostova E. I. Social policy and social work: teaching manual. – M., 1998.
- 22 Naberushkina E. K. Disability Policy / Ed. E. Yarskaya-Smirnova, P. Romanov // Social policy and social work in a changing Russia. – M., 2002.
- 23 Ramon S. Normalization and social valorization in the context of contemporary social policy // Health Management. – 2001. – № 2.
- 24 Hahn H. Toward a Politics of Disability: Definitions, Disciplines and Policies. Unpublished paper. – University of Southern California, 1994 // <http://www.independentliving.org/docs4/hahn.html>.
- 25 Finkelstein V, Morrison E. Broken Arts and Cultural Repair: the Role of Culture in the Empowerment of Disabled People // Disabling Barriers – Enabling Environments / J. Swain, V. Finkelstein, S. French, M. Oliver (Eds). Sage Publications Ltd. 1993 // <http://www.independentliving.org/docs3/finkelstem93a.pdf>.
- 26 Volkova E. N. Status and Problems of employment of disabled people in the capitalist countries // Questions of social security. – M., 1988.
- 27 Murasheva S. N. Features of labor relations in public organizations of disabled persons and the problem of interaction with the public sector. – Khabarovsk, 2003.
- 28 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 // <http://www.apa.org/monitor/feb98/diverse.html>.
- 29 Garland-Thomson R. Integrating Disability, Transforming Feminist Theory // NWSA Journal (an official publication of the US National Women's Studies Association), feminist Disability Studies. – Fall 2002. – Vol. 14. – № 3 // <http://www.iupiorals.org/nwsa/nwsl4-3.html>.
- 30 Sarkar P. Theories of Individual and Social Transformation / Edited by Sohail Inayatulla. – Gurukula Press, 1996 // <http://www.metafuture.org.Books/situatingSarkarTranscendingBoundaries.html>.