

## СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

### СОЦИАЛЬНЫЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ФЕНОМЕНА ИНВАЛИДНОСТИ В ДИСКУРСЕ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

*Скок Н.И., доктор социологических наук, профессор,  
Аквазба Е.О., кандидат филологических наук, доцент,  
Ухабина Т.Е., кандидат социологических наук, доцент,  
Тюменский индустриальный университет*

**Аннотация:** статья посвящена крайне актуальной социальной проблеме, которая находится в центре внимания российского правительства. Наличие у лиц с ограничениями здоровья ограничений жизнедеятельности не позволяет этим людям, в том числе детям-инвалидам, вести жизнь по уровню и качеству соответствующую жизни здоровых граждан. Причинами такого положения, по мнению авторов статьи, являются не только институциональные недоработки, но и ряд моментов, связанных с самими инвалидами, особенностями их социального характера. Именно проблеме первичной и вторичной социализации инвалидов и посвящена данная статья.

Авторы связывают специфику положения инвалидов с их потенциалом и условиями его реализации в современных условиях. Современная социальная политика имеет явную тенденцию к акцентуации проблем инвалидов, поскольку, не только общество, но и сами инвалиды должны стремиться полностью реализовывать свой потенциал для улучшения уровня и качества своей жизни.

Нестандартность и междисциплинарность подхода обусловили появление ряда практикоориентированных выводов, связанных с принятием решений по нивелированию проблем, связанных с инвалидностью.

Авторы статьи описывают базовые концепты понятия инвалидность, здоровье, норма, раскрывая их содержание, специфику интерпретации, существующие подходы в современной научной социологической мысли, поясняют принципы функционирования данных подходов, не обходя вопрос об некоторых аспектах оценки эффективности реализации программ социокультурной адаптации и социализации людей с ограничениями здоровья, в успешности которых не маловажную роль играет личный биосоциальный потенциал.

**Ключевые слова:** биосоциальный потенциал, показатели здоровья нации, феномен инвалидности, ограничения здоровья, социальная политика, социальные трансформации

Ситуация с инвалидностью в РФ, как известно, начала радикально меняться с 1995 года, когда вышел первый закон «О социальной защите инвалидов в РФ». Этот шаг стал первым в цепи индустриальных преобразований, связанных с проблемой инвалидности. С тех пор прошло 23 года. Произошли существенные изменения в политике, в практике социальной жизни данной группы населения. Как известно, в последнее время количество инвалидов в нашей стране несколько снижается (за пять лет на 1 млн. чел.), однако, распространенность инвалидности среди населения остается высокой (8%), кроме того 700 тыс. детей имеют указанный статус (с 600 тыс. человек в начале 2000-ых годов, до 700 тыс. человек в 2017 году). Интересен возрастной состав лиц с ограниченными возможностями и тенденция его изменения. Все большее число инвалидов относится к старшим возрастным группам (женщины), и все меньшее к молодым и средним (мужчины) [6].

Инвалидность является интегральным показателем здоровья населения, его условий жизни,

труда, быта и окружающей среды. Инвалидность определяется различными факторами: состоянием здоровья населения, экологией среды, различными демографическими показателями, экономическими показателями развития территории, пропедевтическими мерами и качеством оказания медицинских услуг.

Последние годы отмечается значительный рост заболеваемости и смертности, растет доля лиц пенсионного возраста, ухудшается качество и уровень жизни всех слоев населения, что отражается на показателях инвалидности.

Число инвалидов постоянно увеличивалось, начиная с 1990-ых и до 2015 года. Ожидается, что общее количество инвалидов в РФ в 2015 году достигнет 15,3млн. человек (прогноз на основе линейной аппроксимации по методу наименьших квадратов), а доля инвалидов в населении в том же году составит 10% (прогноз инвалидности по удельному весу в населении) 50, с 29. Это полностью соответствует современным данным Всемирная Организация Здравоохранения.

Инвалидность, будучи социальным эквивалентом медицинского понятия болезни, является сложным многогранным конструктом, имеющим гетерогенную структуру, сочетающим в себе качественно различные компоненты и отражающим фундаментальные основы человеческого бытия. Это и предполагает комплексность его изучения.

Авторы полностью разделяют идею П.Б. Ганнушкина, который писал о том, что еще Клод Бернар констатировал, отсутствие принципиального различия между явлениями здоровья и болезни, напротив он говорил о наличии взаимообусловленной связи между феноменами различного порядка, которые демонстрируют наличие в сфере патологии законов и механизмов подобных норме; принципиальную разницу между двумя формами существования человека – здоровьем и болезнью, он видел в том, что в состоянии болезни нарушается равновесие интеракции функций организма, которые функционируют в норме [3, с. 97].

Принятие за аксиому данного утверждения позволяет преодолеть традиционную для болезни и инвалидности дефицитарность, то есть ограниченность потенциала, которым владеет субъект и который он использует в процессе удовлетворения прежде всего базовых потребностей, для получения определенных результатов своей жизнедеятельности, итогов целеполагания. Недостаточность сведений анализируемого феномена заключается в неполной оценке ресурсов человеческого организма, психо-социальных факторов и в попытке определить экстерииризованные возможности и инструменты, обеспечивающих преодоление и/или приспособление. Наличие указанной дефицитарности выводит авторов на новую грань дефиниции потенциала человека – биосоциальный потенциал лиц с ограниченными возможностями.

Социальная регуляция инвалидности имеет несколько аспектов, прежде всего, это аспект причинности, которой имеет социальные корни, связанные с биологической органической основой. Второй аспект социальности – это преимущественно социальный характер функционирования представителей феноменологического ряда. Следующая сторона рассматриваемой проблемы – это социально-психологическая оценка феномена взаимодействующими субъектами, предполагающая формирование множества концепций, теорий и моделей инвалидности, адаптации, реабилитации и т.д. И последний – социально-управленческий аспект, в рамках которого конструируется и реализуется институализированная социальная помощь лицам с ограниченными возможностями.

Современная антропология интерпретирует функционирование людей с позиции сопоставле-

ния действительной жизнедеятельности человека и восприятия этого окружающей средой. Практически полностью действующие проявления жизнедеятельности человека обусловлены степенью качеством состоянием потенциала человека, который в общем содержательно зависит от биологического, психофизио-логического и биосоциального состояния человека и способностью человека приспособиваться к среде обитания. Именно способность приспособиваться, адаптироваться к изменяющимся условиям существования является значимым показателем. Этот факт может быть репрезентирован тем, что мы видим множество проявление силы духа, демонстрацию духовного развития, лидерских качеств в лице людей с ограничениями здоровья в различных аспектах как физическая так и психическая неполноценность. Этот факт обуславливает актуализацию проблемы уточнения дефиниций понятий здоровье, болезнь, хроническая болезнь, полноценность, неполноценность, уязвимость, функциональная и органическая неполноценность, независимость, самоактуализация. В аспекте социализации индивидуума сохраняется актуальность проблем «личность – среда», либо «среда – личность».

Если мы обратимся к определению, предложенному нам во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), то мы найдем следующее определение здоровья – состояние полного физического, душевного и социального благополучия.

Важно помнить, что объем каждого вида информации можно классифицировать как оптимальный, избыточный или недостаточный [1]. Информация в свою очередь может оцениваться как необходимая (полезная), индифферентная или вредная. Эти информационные потоки всех трех видов объединяются на определенном химическом уровне, что в первую очередь относится и ко второй сигнальной системе. Независимо от специфики входа, выход всегда происходит посредством изменения химизма, отличного для каждого потока. Интересным является тот факт, что имеется единая неспецифическая реакция, названная Г. Селье стрессом [5, с. 24], которая, достаточно часто становится отправной точкой, спровоцировавшей развитие болезни. Уровень жесткости всех информационных потоков определяется социально-экономическими условиями жизнедеятельности, обусловленных характером общественной формации.

Сегодня, когда общество переживает научно-технический прогресс, эта «жесткость» находится на своих предельных показателях и следствием этого является разбалансированность, нестабильность естественных основ эффективной жизни личности, кризису эмоциональности, стрессовым

состояниям, эмоциональной дисгармонии, отстраненности и неразвитости чувств, все это приводит к снижению уровня здоровья и развитию заболеваний. Следовательно, здоровье – во-первых, является результатом социально-экономической состояния общества, во-вторых, – это фактор сбалансированности интеракции человека и среды его обитания, как социальной так и природной.

Обращаясь к проблеме здоровья, актуализируется вопрос о соотношении физического и психического здоровья или полноценности. Физическое здоровье или полноценность – не что иное, как совершенство саморегуляции, гармонии физиологических процессов и как следствие, максимум адаптированности к внешним условиям (А.Я. Иванюшкин) [2, с. 29]. Понимание личностного или психологического аспекта или состояния психической полноценности подразумевает четыре направления (Д. Оффер и М. Саблин) [7, с. 66]: нормальность как здоровье; нормальность как утопия; нормальность как заурядность, нечто среднее; нормальность как система взаимодействия.

В основе выделения острых и хронических болезней лежат такие показатели как длительность течения, быстрота нарастания и исчезновения основных проявлений болезни. В далеком и недалеком прошлом преобладали острые, т.е. быстро возникающие и быстро разрешающиеся болезни, основной причиной их развития были различные инфекционные агенты. Достаточно часто в силу неразвитости здравоохранения, недоступности медицинской помощи для большинства населения исходом их становилась смерть, это была эра эпидемического профиля заболеваемости. В структуре смертности инфекционные причины преобладали и составляли более 60% от общего количества смертей. В настоящее время инфекционная заболеваемость сведена в структуре заболеваемости до 3% при преобладании хронически протекающих неэпидемических заболеваний, их процент в общей структуре заболеваемости составляет более 80% [6].

Далее при анализе категории потенциала человека мы вернемся к цепочке: наследственность – устойчивые свойства личности – поведение человека. Если принять положение вышеуказанных исследователей за аксиому, что очень близко к истине, то поломка в звене наследственность (хромосома – ген) приводит к неминуемым нарушениям формирования устойчивых свойств личности и в конечном итоге к отклонениям, большим или незначительным, в поведении человека.

Одновременно с личностными нарушениями при наличии генных деформаций достаточно часто развиваются те или иные проявления соматиче-

ской болезни (soma – тело), в основе которых лежат либо явные органические и (или) функциональные дефекты, иногда трудноуловимые, проявляющиеся на уровне отклонений в регуляции или характере ответа на раздражитель, или в структуре ферментных систем.

Действительно, по оценкам экспертов Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), около 10% населения планеты относятся к категории инвалидов. Ожидается, что с дальнейшим развитием цивилизации инвалидность будет иметь устойчивую тенденцию к росту.

Представление об инвалидах и инвалидности издавна связано с набором стереотипов: «зло», «страх», «зависть», «немощность», «бедность», «милосердие», «благотворительность».

Теория стигматизации занимает, одно из лидирующих мест среди социологических и социально-психологических теорий, объясняющих суть инвалидности.

Справедливости ради Е.Р. Ярская-Смирнова отмечает наличие количественных изменений в социетально-функциональной структуре базовых ценностей россиян. За период с 1990 по 1994гг. такая традиционная ценность как самопожертвование начала занимать сначала 8-ое, а затем 11-ое место из четырнадцати, уступая место ценностям независимости [8, с. 178].

Е.Р. Ярская-Смирнова приводит данные С.А. Завражина, который в 1994 году провел опрос 135 российских и 98 иностранных респондентов – студентов и преподавателей университетов на предмет выявления различий в отношениях к девиациям. Лишь 44% российских респондентов высказались за оказание помощи психически неполноценным людям, в то время как среди иностранных – 98% [4, с. 125-131].

Таким образом, в современной России, несмотря на смену общественной формации, декларирующей изменение стратегии социальной политики в отношении инвалидов, сохранилась советская «традиция» отношения к инвалидам как лицам «ненужным», которых следует изолировать, ликвидировать, игнорировать. Известно, что именно в послереволюционной России эта проблема получила остро утилитарно-идеологическую интерпретацию и тяжелобольные и, дефектные люди оказались социально-исключенными.

Помимо традиционных внешних проявлений последствий стигматизации, проявляющихся в социальных взаимодействиях, преломленных через осознание собственной инаковости и инаковости других, еще одним ее проявлением является реактивная агрессия у тех, кто сталкивается с неприятием этой инаковости.

Ярская-Смирнова вскользь упоминает об эффекте «крыш» [8, с. 182], когда инвалидность в силу легитимного ее закрепления становится средством снижения налогов, приобретения выгодных условий и, в случае невозможности реализовать права, проявляется особенно ярко. Этот эффект неоднократно замечен практиками, работающими с инвалидами.

В рамках теории стигматизации выделяется несколько групп факторов, обуславливающих поведение больных и инвалидов: биологические, которые приводят к внешним проявлениям болезней, дефектам, девиациям; психологические, проявляющиеся в своеобразной интерпретации собственного несовершенства; экономические, регулирующие выживание и репродукцию. В основе всех факторов лежит идея преследования человеком собственных интересов.

Несколько иное направление рассуждениям об инвалидности придает анализ проблем социальной стратификации.

Инвалидность, будучи распространенной во всех странах, независимо от принципа стратификации, является наиболее характерным показателем бедного населения, а так же мы находим завышенные показатели там, где повсеместно бытует следующее: табакокурение, алкоголизация населения, наркомании, ожирение, гиподинамия, отсутствует «здоровьесберегающего поведения». К таким социальным группам относятся, как указывалось выше – жители сельских территорий, люди с низким культурным и образовательным уровнем, работники, реализовывающие физически активные виды занятости.

Большинство исследователей склоняются к мысли о том, что наличие болезни, дефекта или инвалидности не является основанием для ранжирования, т.к. инвалидность может иметь место в любой социальной группе, и, хотя данный феномен более распространен в наименее обеспеченных группах, принадлежность к такой группе совсем необязательно приводит к болезни и инвалидности.

По мнению авторов статьи, инвалиды представляют собой отдельную страту, принадлежность к которой определяется при ранжировании

по признаку наличия социальной недостаточности на основании оценки степени выраженности ограничений жизнедеятельности. Таким ранжированием занимается специальный легитимный институт – служба медико-социальной экспертизы (МСЭ) на основании разработанных критериев, определяющих степень идентичности – принадлежности к данной страте. Взаимодействие и членство являются вторичными по отношению к идентификации, но они закономерно вытекают из нее и, безусловно, присутствуют.

Служба МСЭ, кроме того, занимается определением причины инвалидности, являясь, таким образом, структурой, которая объединяет медицинские, политические и социальные интересы государства, общества и инвалидов.

Инвалидность – сложная мультифакторная проблема, как по причинам, так и по последствиям (Лисицын Ю.П, Петров Б.Д.).

Таким образом, понимание сути понятий здоровья и болезни (инвалидности) можно свести к следующим традиционным диадам: философской – болезнь как вариант нормы, здоровье как утопия; медицинской – болезнь как явный органический или функциональный дефект, здоровье как отсутствие дефекта; психологической – болезнь, отклонение от нормы (девиация), здоровье как нормальность; социологической – болезнь нарушение социального функционирования, здоровье как эффективное социальное функционирование.

Однако, мы считаем, когда инвалидность воспринимается как особенность личности, призванной жить с болезнью или дефектом. Преодолевая инвалидность, личность стремится к тем же и даже более высоким целям, чем здоровые люди. Самоактуализация личности, в том числе, имеющей ограничения возможностей, выступает в данном случае идеальной целью, к которой она стремится.

Итак, биосоциальный стресс, с точки зрения социолога, это напряжение всех составляющих личности (биологическая, психологическая, социальная) в ответ на воздействие сверхсильного внешнего неприятного раздражителя. Понятие биосоциального стресса, как нельзя лучше подходит к описанию механизмов, имеющих место у лиц с ограниченными возможностями.

### Литература

1. Akvazba E.O., Bogdanova V.P., Uzlova N.V. *Trends in Social Transformations in the Discourse of Building the Information Society // Utopna y Praxis Latinoamericana*; 2018. Aso 23, №82 (julio-septiembre). P. 396 – 402.
2. Иванюшкин А.Я. *Здоровье и болезнь в системе ценностных ориентаций человека // Вестник АМН СССР*. 1982. №4. С. 29 – 33.
3. Кузнецов П.С. *Концепция социальной адаптации*. Саратов: Изд-во Саратовского Университета, 2000. 257 с.
4. *Российский энциклопедический словарь: 10 000 слов / сост. И.В. Жуков*. Москва: ИНФРА-М, 1997. 452 с.
5. Селье Г. *Концепция стресса. Как мы ее представляем в 1976 году*. Москва : Наука, 1977. С. 27 – 51.
6. *Методологические основы исследования феномена инвалидности: монография / Н.И. Скок, Е.О. Аквазба, Т.Е. Ухабина*. Тюмень: ТИУ, 2019. 143 с.
7. *Энциклопедия социальной работы: 20 000 слов: в 3 т. Т. 3: пер. с англ. / Под ред. Л.Э. Кунельского*. Москва: Центр общечеловеческих ценностей, 1994. 1384 с.
8. Ярская-Смирнова Е.Р. *Социокультурный анализ нетипичности [рукопись]: дис. ... док. социолог. наук*. Саратов, 1998. 302 с.

### References

1. Akvazba E.O., Bogdanova V.P., Uzlova N.V. *Trends in Social Transformations in the Discourse of Building the Information Society // Utopna y Praxis Latinoamericana*; 2018. Aso 23, №82 (julio-septiembre). P. 396 – 402.
2. Ivanyushkin A.YA. *Zdorov'e i bolezni' v sisteme cennostnyh orientacij cheloveka // Vestnik AMN SSSR*. 1982. №4. S. 29 – 33.
3. Kuznecov P.S. *Koncepciya social'noj adaptacii*. Saratov: Izd-vo Saratovskogo Universiteta, 2000. 257 s.
4. *Rossijskij enciklopedicheskij slovar': 10 000 slov / sost. I.V. Zhukov*. Moskva: INFRA-M, 1997. 452 s.
5. Sel'e G. *Koncepciya stressa. Kak my ee predstavlyaem v 1976 godu*. Moskva : Nauka, 1977. S. 27 – 51.
6. *Metodologicheskie osnovy issledovaniya fenomena invalidnosti: monografiya / N.I. Skok, E.O. Akvazba, T.E. Uhabina*. Tyumen': TIU, 2019. 143 s.
7. *Enciklopediya social'noj raboty: 20 000 slov: v 3 t. T. 3: per. s angl. / Pod red. L.E. Kunel'skogo*. Moskva: Centr obshchechelovecheskih cennostej, 1994. 1384 s.
8. .YArskaya-Smirnova E.R. *Sociokul'turnyj analiz netipichnosti [rukopis']: dis. ... dok. sociolog. nauk*. Saratov, 1998. 302 s.

## SOCIAL TRANSFORMATIONS OF THE DISABILITY PHENOMENON IN THE DISCOURSE OF MODERN SOCIETY

*Skok N.I., Doctor of Sociological Sciences (Advanced Doctor), Professor,  
Akvazba E.O., Candidate of Philological Sciences (Ph.D.), Associate Professor,  
Uhabina T.E., Candidate of Sociological Sciences (Ph.D.), Associate Professor,  
Industrial University of Tyumen*

**Abstract:** the current social problem, which is in the center of attention of the Russian government, is considered in the article. The existence of life restrictions for persons with disabilities does not allow these people, including children with disabilities, to lead a life that corresponds to the level and quality of life of healthy citizens. According to the authors of the article, the reasons for this situation are not only institutional shortcomings, but also a number of points related to the disabled themselves, their social characteristics. This article is about the problem of primary and secondary socialization of disabled people.

The authors link the specifics of the situation of disabled people with their potential and the conditions for its implementation in modern conditions. Modern social policy has a clear tendency to emphasize the problems of disabled people, because not only society, but also the disabled themselves should strive to realize fully their potential to improve the level and quality of their lives.

The non-standard and interdisciplinary approach allowed the authors to draw a number of conclusions. These findings are of practical importance for decision-making on leveling the problems of persons with disabilities. The basic concepts of the concept of disability, health, norm are described by the authors of the article. The authors reveal their content, specifics of interpretation, existing approaches in modern scientific sociological thought, explain the principles of functioning of these approaches, without avoiding the question of some aspects of evaluating the effectiveness of programs of socio-cultural adaptation and socialization of people with disabilities, in the success of which personal biosocial potential plays an important role.

**Keywords:** biosocial potential, indicators of the nation health, the phenomenon of disability, disability, social policy, social transformation