

Инклюзивное образование и модели инвалидности.

Н. Багдасарова

Развитие инклюзивного образования тесно связано с тем, как в обществе понимается инвалидность и поэтому очень важно понимать, какие представления о жизни людей с особыми потребностями наиболее распространены (причем в разных социальных группах или регионах могут превалировать разные представления, так как общество в Кыргызстане очень разнообразно). Принято различать 4 модели понимания и отношения к инвалидности: религиозную, медицинскую, социальную и культурную. Исторически эти модели возникали по очереди – одна за другой, но сегодня все они так или иначе присутствуют в любых государствах и их можно найти в разных социальных структурах и группах.

Самой ранней моделью является религиозная. Появление необычных людей с самого начала истории волновало людей, и они искали объяснения этому явлению. В мифологической и религиозной картине мира, инвалидность, конечно, рассматривалась как влияние богов или вмешательства потусторонних сил, включая одержимость демонами или душами умерших предков. Люди, которые резко отличались от остальных – «нормальных» – могли восприниматься или как «проклятые», или как наделенные особым «даром», отмеченные Богом. Например, в античной Греции считалось, что слепцы обладают особым внутренним зрением и способны к пророчествам и ясновидению. На Руси почитали и поддерживали юродивых, часто прислушиваясь, к их словам, как к посланиям свыше. Таким образом, люди с инвалидностью в течение многих веков оставались частью общества, хотя и занимали в нем «особое» положение. Их существование было маргинальным и серьезно зависело от отношения окружающих, готовых их поддерживать, начиная от церкви и других религиозных институтов, и заканчивая местным сообществом, настроенным «в пользу» или, наоборот, «против» такого индивида.

Сталкиваясь с инвалидами, люди, прежде всего, задавались вопросами «почему?» и «зачем?», пытались найти объяснение такому странному «нарушению Божественного порядка». От ответов на эти вопросы зависело то, как инвалиды будут приняты окружающими, но даже при условии позитивного отношения, уважения и даже почитания жизнь таких людей была маргинальной и обреченной на одиночество.

Безусловно, и сегодня, в наше просвещенное время высоких технологий и научного прогресса, многие все еще задаются этими вопросами, особенно если сталкиваются с проблемами инвалидности лично, через себя и членов своих семей. Родители, у которых появился ребенок с особыми потребностями, особенно уязвимы в этом отношении. Они не только встречаются с негативным отношением окружающих, избегающих общения с ними, так как несчастье может быть «заразным», может «сглазить удачу» и т.д. Им самим может казаться, что они за что-то «наказаны Богом», или наоборот незаслуженно пострадали от чьего-то «сглаза» или «колдовства». Требуется время и много внутренней работы, а зачастую и помощь специалистов (педагогов и психологов), чтобы справиться с этими психологическими проблемами и помочь родителям принять эту ситуацию и увидеть в своем необычном ребенке скрытый потенциал и множество возможностей.

По мере развития рационального научного знания, участие Бога все реже и реже использовалось для объяснения естественных процессов. Законы природы стали пониматься как нечто самостоятельное, достаточное для того чтобы понять и предсказать те или иные явления, начиная от движения звезд и заканчивая язвой желудка. Постепенно инвалидность стала рассматриваться как проблема, которая возникает на уровне *отдельного организма*, в котором происходит что-то «неправильное», с точки зрения функционирования различных органов, а также нервной системы, спинного и головного мозга. Люди с инвалидностью были признаны

теми, кто требует повышенного внимания специалистов, а именно специалистов-медиков, в первую очередь.

За счет этого стали возникать специфические медицинско-социальные учреждения, где размещались люди с похожими диагнозами и проблемами. С одной стороны, это объяснялось удобством для оказания профессиональной поддержки – в одном месте легче собрать штат квалифицированных профессионалов, которые смогут своевременно помочь инвалиду, который считался по определению человеком нездоровым. С другой – это оказалось удобно и для самого общества – люди с инвалидностью стали «невидимыми», их проблемы просто исчезли из жизни большинства людей. Если же какие-то вопросы об этом и возникали, то нередко можно было услышать мнение о том, что «такие люди должны жить отдельно от «нормальных», тем более, что там, в каких-то специальных заведениях им «лучше, так как созданы все условия».

При этом, такое отношение распространялось и на взрослых и на детей, которые с раннего возраста оказывались в специализированных учебных заведениях. Эта ситуация сохраняется до сих пор во многих странах мира, в том числе и на постсоветском пространстве, так как в СССР многие элементы медицинской модели были хорошо интегрированы в систему образования, здравоохранения и социальной защиты, а после распада страны по инерции воспроизводятся в новых государствах.

Отношение к медицинской модели стало меняться в 60 годы XX века. На волне широкого движения за развитие демократии, против колониализма и ущемления прав человека, общество впервые обратило внимание на то, в каких условиях живут люди с ограниченными возможностями в больницах и закрытых интернатах. Тогда же впервые стали публично обсуждаться вопросы о том, почему, собственно люди с ОВЗ должны жить отдельно от остальных? Возникли и новые подходы и концепции к пониманию инвалидности: оказалось, что восприятие и понимание инвалидности зависит не только и не столько от физических и медицинских ограничений организма, сколько от отношения общества, которое на 90% и создает эти ограничения.

Одним из ярких примеров, доказывающих этот тезис, стала реальная история небольшого местного сообщества Вин Ярд, расположенного на одном из островов восточного побережья недалеко от Нью-Йорка. В силу того, что сообщество нескольких столетий жило на довольно отдаленном острове, среди населения оказался очень высокий процент глухонемых людей. Эта особенность носила наследственный характер, а популяция жителей была изолирована, в плане брачных контактов. Таким образом, практически, в каждой семье были те или иные глухонемые родственники. В результате все население острова владело языком жестов наряду с обычной речью и жители, которые в обычных условиях рассматривались бы как инвалиды, на этом острове были обыкновенными членами местного сообщества. Они не испытывали никаких проблем ни в публичных местах, ни в магазинах, ни в школах. Они свободно участвовали в общественной жизни, входили в различные выборные органы, получали образование и даже работали педагогами. Вопрос исключения и низкого доступа к социальной жизни, как выяснилось, зависел больше от окружающих условий жизни и равноправной среды, чем от собственно особенностей слуха и речи отдельных людей.

Социальная модель инвалидности, как видно из данного примера, заключается в том, что инвалидность – это не медицинский статус человека, а социальный конструкт, набор качеств, который в обществе принято считать «нарушением здоровья», а значит, требующим проведения социальных границ между «нормой» и «патологией». Эти границы могут быть физическими, например, если «нормальными» считаются только люди с двумя ногами, которые могут ходить. В этом случае на улицах, в зданиях или в общественном транспорте нет возможности для передвижения у тех людей, кто имеет проблемы с ногами или передвигается на колясках – они

«ненормальны» и поэтому «за границами нормы». Однако если в городе везде есть пандусы, лифты и подъемники, оборудованные для инвалидов колясок, люди с проблемами передвижения становятся полноценными членами общества, получающими доступ в те же места, что и остальные. Кстати говоря, с появлением пандусов и лифтов на улицах, оказалось, что в выигрыше оказалась и огромная часть так называемого «нормального» населения, запросы которого игнорировались до этого. Это матери с детскими колясками, велосипедисты, люди с тяжелыми сумками или тележками. Их доступ в различные пространства также серьезно расширился после того, как физическая среда стала изменяться в сторону инклюзии (включения).

Границы между «нормой» и «ненормальностью» могут быть не только физическими. Люди проводят не менее ощутимые границы в социально-психологической сфере. Нередко можно увидеть, как пустеет детская площадка, если на ней появляется мама, с ребенком, у которого синдром Дауна или детский церебральный паралич. Таким людям сложно попасть в публичные места, хотя бы даже просто для того, чтобы выпить кофе или лимонад, они с трудом заводят знакомства, почти не имеют друзей, лишены возможности найти работу, не говоря о том, чтобы учиться и делать карьеру. Границы, которые им приходится для этого преодолевать зачастую гораздо прочнее обычных ступенек или закрытых тяжелых дверей. Подобно прозрачным стенам и потолку они отделяют людей с ОВЗ от всех остальных с самого раннего детства и не дают им проникнуть «внутри» сообщества для общения и развития наравне с другими.

Таким образом, во второй половине XX века появилось движение за инклюзивное общество, принимающее и включающее в себя всех своих членов. Безусловно, важнейшую роль в этих процессах играло образование и возможность быть равным с остальными с самого раннего возраста. Исследования, проведенные в первых инклюзивных образовательных учреждениях, показали, что дети с ОВЗ, которые росли вместе со своими сверстниками, развивались намного быстрее и успешнее тех, кто жил в закрытых учебных заведениях. В то же время с самых первых шагов стало ясно, что самой большой проблемой в инклюзивном образовании являются не ограничения здоровья у детей инвалидов, и даже не крупные финансы, необходимые для создания среды и обеспечения образовательного процесса таких детей, нередко требующих дополнительного педагога в классе или группе. Самым серьезным препятствием на пути внедрения инклюзивного образования стало отношение людей к инвалидам. И если негативное отношение со стороны педагогов можно было преодолеть за счет специализированного обучения, то проблема родителей так называемых «нормальных» детей, казалась поначалу непреодолимой. Очень многие родители отказывались видеть рядом со своими детьми детей, которые им казались неполноценными, неуправляемыми, отстающими в развитии и т.д. Они опасались «дурного влияния», «совместного отставания и задержки в развитии», «усвоения асоциального поведения ненормальных детей» и т.д. Понадобилось несколько десятилетий, чтобы начало меняться отношение людей к инклюзивному образованию, и одновременно отношение к инвалидам в обществе в целом, так как эти проблемы неразрывны. И эта проблема до сих пор одна из самых актуальных в сфере инклюзивного образования, даже в так называемых, развитых странах, и она особенно остро стоит в тех обществах, где традиции борьбы за равные права и включение инвалидов в жизнь, как здоровой части общества еще не имеют долгой истории.

Несмотря на то, что социальная модель инвалидности существует относительно недавно, сегодня можно говорить о возникновении новой модели инвалидности, которая развивается наряду с социальной (также как социальная модель возникла и развивалась наряду с медицинской). Эта модель получила название «Культурной». Суть этой модели состоит в том, что инвалидность рассматривается не просто как явление, имеющее равное право на участие в жизни общества, но и как что-то имеющее самостоятельную и неповторимую ценность. Дело в том, что в течение многих веков инвалидность рассматривалась как «ущерб», что-то очень неправильное,

требующее исправления. Только сегодня стали по-настоящему популярными представления об инвалидности, как о чем-то важном как для самих людей с инвалидностью, так и для общества в целом.

В качестве примера уже были упомянуты пандусы, которые помогли не только инвалидам, но сделали публичное пространство более доступным для всех: каждый может оказаться в городе с детской коляской, тяжелой сумкой на колесах или с велосипедом. Тем не менее, проблемы этой «нормальной» части населения не были заметны до тех пор, пока внимание не было сфокусировано на важности включения ЛОВЗ в социальную жизнь. Но политика включения обладает огромным преимуществом перед другими типами организации социума, так как включение для кого-то «отдельного», как правило, расширяет возможности для всех и обогащает всех. Сегодня можно говорить о том, что технологические разработки, начатые для решения проблем различных ограничений здоровья, серьезно продвинули вперед целые научные направления. Поиск легких и прочных материалов для ножных протезов позволил создать новые сплавы металлов и полимеры, которые используются сегодня во многих других отраслях. Компьютерное управление протезами для рук или устройствами для слабовидящих и слабослышащих людей привели к созданию инноваций в программировании и продвижении новых возможностей компьютерной техники.

Можно говорить о том, что многие технологии никогда бы не появились и не стали частью научно-технического прогресса, если бы перед людьми не стояла задача решить проблемы ЛОВЗ. То же самое можно сказать и сфере образования. Без появления в классе «необычных» детей, требующих целенаправленной работы, индивидуальные особенности «нормальных» детей еще долго оставались бы без внимания, поскольку системе гораздо проще работать со стандартом, чем с индивидом. Все разговоры о важности индивидуального подхода к ребенку, как правило, так и оставались разговорами до тех пор, пока инклюзивное образование не сделало этот подход необходимой частью педагогической практики. Как выяснилось, на фоне «особенных» детей обычные дети не сливаются в «серую массу». Напротив, в инклюзивных группах и классах каждый ребенок становится особенным – и это одно из самых важных всеобщих преимуществ, которое может обогатить и трансформировать нашу реальность в течение жизни одно-двух поколений, если инклюзивное образование станет успешным.

Эти изменения отразились и на том, как инвалидность представлена в культуре, в том числе и в массовой культуре. Стали появляться модели, не соответствующие традиционным общепринятым представлениям о красоте (женщины с удаленной грудью из-за рака, мужчины без конечностей, дети с синдромом Дауна и т.д.) Эти репрезентации расширяют наши представления о том, что такое красота, о том, что является «нормальным», каковы образцы ценных особенностей человека. Сами сообщества ЛОВЗ также все чаще стали осознавать важность принадлежности к своим сообществам и производить свои собственные культурные продукты. Выставки, театральные спектакли, концерты являются настоящими произведениями искусства, которые интересны не только представителям, например, сообщества глухонемых или людей с ДЦП, как авторов и основной аудитории этих произведений. Многие люди получают возможность наслаждаться этими работами и расширять свой опыт, знания о мире и человеческой душе.

Но кроме этого важно, что среди ЛОВЗ формируются собственные группы, которые позволяют людям с инвалидностью чувствовать свою принадлежность к сообществу близких по духу и по восприятию мира товарищей и друзей. В этих группах можно получать эмоциональную поддержку, ощутить свою независимость и равноправность с другими сообществами – это те возможности, которых люди с ЛОВЗ были лишены многие десятилетия. При господстве медицинской модели они вынуждены были проводить жизнь в одиночестве и даже в изоляции, в

лучшем случае в кругу семьи и близких, в худшем – среди абсолютно чужих людей и сотрудников социальных учреждений. С появлением социальной модели у них появилась возможность интегрироваться в более широкий социальный контекст, почувствовать себя «нормальными». Но только с появлением культурной модели стало доступным реальное участие ЛОВЗ в общественной и культурной жизни, не просто включаясь в «нормальный» поток производства информации, образов и идей. Стали возможными поиски собственного языка для выражения уникального опыта восприятия мира и общения с другими людьми. Этот опыт недоступен для человечества никаким иным способом кроме присоединения к особой культуре, которая сегодня создается людьми с инвалидностью, как на уровне произведений искусства, так и в повседневном общении.

Таким образом, сегодня можно наблюдать, как вместе сосуществуют все 4 модели инвалидности. Важнейшие характеристики этих моделей собраны в таблицах 1 и 2. Живя в Кыргызстане, мы можем столкнуться и с проявлением суеверий в отношении ЛОВЗ, и с отношением к ним как к пациентам специализированных медицинских и социальных институтов. Однако все чаще можно увидеть и результаты внедрения инклюзивной политики (в том числе и инклюзивного образования), а значит освоения социальной модели. Кроме того, культурная модель также завоевывает собственное пространство. Такие события как показ дизайнерских проектов для девушек с ДЦП или создание календаря, где они выступают фото-моделями, выставка рисунков детей аутистов и другие события говорят о том, что эта модель также успешно продвигается в стране и создает новые перспективы для развития равноправного и инклюзивного общества.