
ГЕНДЕРНО НЕЙТРАЛЬНО? ЖЕНСКИЙ ОПЫТ ИНВАЛИДНОСТИ

Л. Доминелли

Статья показывает, что социальное угнетение, которое влияет на женщин-инвалидов, отнюдь не является гендерно-нейтральным. Для женщин с инвалидностью во многом оказываются недостижимыми стереотипные проявления нормальной женственности, а именно: сексуальное самовыражение, привлекательность в глазах мужчин, материнство. Тем самым женщины с инвалидностью подвергаются угнетению посредством связи категорий гендера и инвалидности, означающей их принижение как женщин и как людей в целом. Их считают пассивными и зависимыми от других. Статья подвергает сомнению эти стереотипы и утверждает, что женщины-инвалиды имеют собственный личный выбор, они выдвигают требования своих прав человека, включая права на репродукцию и сексуальное самовыражение. Кроме того, как в индивидуальном, так и в коллективном аспектах они представляют разнообразную группу. Концентрируясь на их силах и ресурсах, автор приходит к выводу, что мир становится намного богаче, когда социальную группу женщин-инвалидов признают в качестве ценной для общества, со всеми их различиями и особенностями. Женщины-инвалиды способны внести важный вклад в общественное развитие.

Ключевые слова: гендер, гендерные отношения, инвалидность, женщины, угнетение, репродуктивные слова, феминность, личный выбор, право на сексуальное самовыражение, стереотипы женственности, материнство

Введение

Социальные работники на протяжении длительного времени самым непосредственным образом способствовали процессам угнетения инвалидов, в частности, маркируя их самыми разнообразными способами, в результате

чего жизненная ситуация людей с инвалидностью подвергалась стигматизации¹, их состояние рассматривалось в медикалистских терминах, а предоставляемые услуги не отвечали их потребностям [Oliver, 1990]. До недавних пор тема инвалидности фактически не поднималась в практике социальной работы в аспекте устранения угнетения. На протяжении последних десятилетий инвалиды подвергли критике взгляды социальных работников, стремясь сформулировать альтернативные определения своего положения, добиться уважительного отношения и получить доступ к таким услугам, которые бы соответствовали их реальным потребностям.

Движение инвалидов (Disability Movement), начиная с 1970-х годов, способствовало продвижению интересов людей с инвалидностью. Основные цели этого движения были сосредоточены на разоблачении инвалидирующей природы общества и такой организации социальных отношений, которая представляется в качестве нормы и выдвигает на более выгодные позиции тех, кто полностью здоров и интеллектуально развит (abled-bodiedness), за счет тех, кто имеет физические или когнитивные нарушения. Это было сделано посредством критики медицинской модели инвалидности и развития социальной модели инвалидности, которая дает возможность услышать и признать голоса самих инвалидов [Oliver, 1990]. Подвергая сомнению неравноправные социальные отношения со своей собственной точки зрения, используя свое преимущество как экспертов, люди с инвалидностью сумели выявить те формы социальной организации, которые, порождая угнетение одних групп другими, напрямую влияют на их жизнь. Участники движения инвалидов требовали принять такое законодательство, которое бы защищало их права, а также создавали альтернативные сервисы, которые более адекватно отвечали их особым нуждам.

Ранние формы организации движения инвалидов в большей степени акцентировались на недостатках в существующем социальном порядке. В большей степени это можно считать защитной позицией, для которой было важно единство инвалидов как гомогенной группы, учитывающей лишь небольшую внутреннюю дифференциацию. Тем самым инвалидность рассматривалась в терминах гендерно-нейтрального опыта, не дифференцированного по другим социальным параметрам, включая «расу»², возраст и сексуальную ориентацию. Со временем недостатки этого подхода стали очевидными для тех, кого это напрямую затрагивало, что и вызвало к жизни критическое переосмысление самого движения. Белые и черные женщины-исследовательницы, женщины-инвалиды оказались во главе нового подхода, призывая признать различия в опыте переживания инвалидности. Например, в Великобритании Дженни Моррис [Morris, 1991] и Назира Бегэм [Begum, 1992] нача-

¹ Стигма – клеймо; стигматизация – приписывание человеку тех качеств, которые стереотипно отождествляются с группой, к которой он принадлежит. – *Прим. ред.*

² Термин «раса» автор заключает в кавычки, имея в виду условный характер этого понятия. – *Прим. ред.*

ли определять особые потребности белых женщин-инвалидов, черных женщин и мужчин с инвалидностью. Канадская исследовательница Сюзан Уэнделл [Wendell, 1996] в своих работах раскрывает трудности, испытываемые женщинами с наименее видимыми формами инвалидности. Работа этих и других авторов явилась плацдармом для дальнейшего развития гендерной тематики, а также привела к росту различных организаций и социальных сетей, которые могли бы отвечать потребностям женщин-инвалидов в соответствии с их собственным выбором и пониманием своих интересов.

В этой статье я сфокусируюсь на открытиях, сделанных благодаря этой критике, и сформулирую некоторые советы, которым могут следовать социальные работники и другие практики, желающие удостовериться, что они достойно и уважительно относятся к людям с инвалидностью, и что инвалиды имеют все необходимое для полноценной и активной жизни граждан, способных самостоятельно оценить свое положение, высказать запросы о нужных им социальных ресурсах и активно включаться в социально-политическую и экономическую жизнь общества. С этой целью я буду опираться на социальную модель инвалидности и развивать ее в новых направлениях, применяя принципы теории и практики феминистской социальной работы и критику медицинской модели инвалидности.

Определяя инвалидность

Точное число людей с инвалидностью в любой популяции неизвестно [Desruoy, 1994]. Однако можно ожидать, что увеличение продолжительности жизни и совершенствование лечения тяжелобольных приведут к росту численности инвалидов. Эта демографическая тенденция имеет большое значение для системы обслуживания инвалидов, хотя гораздо важнее для бедных и не имеющих доступа к медицинскому обслуживанию. На юге, где проживает большинство бедных всего мира¹, проявляется наибольшее неравенство шансов выживания и доступности необходимых услуг адаптации и поддержки. Вот почему если социальные работники хотят работать в направлении раскрытия потенциала каждого человека, создавая для этого все необходимые ресурсы, они должны знать, какие последствия для благополучия людей имеет жизнь в инвалидизирующем обществе.

Инвалидность по-разному определялась различными акторами в зависимости от целей или намерений. Например, американское законодательство официально определяет инвалидность как любой физический и/или ментальный недостаток, который существенно ограничивает одну или более одной важнейших жизненных функций, включая самообслуживание, ходьбу, зрение, слух [American Disability Act, 1990]. Это определение узкое, так как фокусируется в основном на индивидуальных возможностях физического са-

¹ Имеются в виду страны третьего мира. – Прим. ред.

мообслуживания и используется в основном для того, чтобы оценить правомочность предоставления людям социальных пособий и определить их трудоспособность. Ограниченность данного определения была подвергнута критике представителями движения инвалидов.

Участники движения стремились расширить это определение, сконцентрировавшись на взаимодействии между человеком с инвалидностью и его (или ее) социальным, экономическим и физическим окружением, не ограничиваясь вопросами индивидуального благополучия, рассматривать коллективные потребности инвалидов, воздействие общества и организации социальных отношений на социальный статус инвалида. По определению, представленному движением, решающим фактором в понимании того, как инвалидность влияет на людей и их отношения друг с другом, является контекст. Именно социальный контекст может превратить инвалидность из рядового недостатка в большой груз для индивида, семьи и/или друзей. Тем самым была показана социально интерактивная природа инвалидности.

Как официальные определения, так и те, что сформулированы движением инвалидов, говорят об инвалидности безотносительно пола, и гендерно-специфическая природа опыта инвалидности остается в тени. Тем самым указанные подходы маскируют природу опыта инвалидов, дифференцированную в зависимости от различных социальных подразделений, таких как «раса», национальность, религия, класс или возраст. В результате – существует обобщенное лицо с инвалидностью, а не, например, молодая белая женщина с инвалидностью или пожилая эфиопская женщина с инвалидностью, или молодая шведская лесби с инвалидностью. Кроме того, эти определения инвалидности игнорируют дифференцированный характер идентичности и статуса, а ведь именно эти факторы являются ключевыми для динамики угнетения инвалидов. В условиях инвалидизирующих социальных отношений инвалиды испытывают угнетение, их жизненный выбор ограничивается, поскольку общество недооценивает физические и когнитивные стороны их идентичностей.

Инвалидизм (disablism)

Я определяю инвалидизм как угнетение людей, имеющих недостатки, теми, кто здоров телом. Угнетение возникает там, где существует дисбаланс власти между группой большинства (обычно самоопределяемой) и теми, кого эта группа определяет в качестве меньшинства и конституирует как безвластных. Эта властная динамика отражает группу меньшинства как низшую по отношению к большинству, кому дарован статус и такие привилегии, как доступ к социально значимым ресурсам, закрытым от остальных.

Инвалидизм – это социально конструируемая форма угнетения, которая находит выражение на трех интерактивных уровнях, а именно:

- индивидуальный уровень убеждений и установок;

□ институциональный уровень повседневной политики, выражаемый в законодательстве, рутине организаций;

□ уровень культурных норм и ценностей, относящихся к социально принятому поведению.

Инвалидизм – это результат такой организации общества, которая исключает людей с инвалидностью из полноправного участия в структурах принятия решений и/или ограничивает их доступ к социальным ресурсам, включая власть в обществе.

Инвалидистские отношения производятся и воспроизводятся посредством социальных интеракций, где *не*инвалиды относятся к инвалидам как к «объектам», то есть к таким людям, которым недостает способности принимать решения и действовать самостоятельно. Так складываются отношения зависимости, которые создают привилегии тем, кто не является инвалидом, и приводят к тому, что инвалиды инфантилизируются, поскольку к ним относятся как к «детям», зависящим от тех, кто знает лучше, как и какие решения принимать за инвалидов или действовать от имени инвалидов. Если с инвалидами обращаются как с зависимыми или «объектами», а не как с субъектами, то их способность к принятию решений и способность действовать захватывают *не*инвалиды (able-bodied people). Тем самым, инвалидизм означает неэгалитарные социальные отношения, которые делают *не*инвалидов привилегированными надсмотрщиками людей с инвалидностью.

Неэгалитарные отношения основываются на субъект-объектных взаимодействиях, в которых субъекту (как правило, члену доминантной группы, в рассматриваемом случае – это *не*инвалиду) удается навязать свои взгляды на мир объекту (человеку с инвалидностью), чьи таланты и способности умаляются. Объективация Другого – это существенный компонент процесса унижения людей, лишения их достоинства, инициативы и ощущения самоценности. Такое обращение с инвалидами как с совершенно другими, отличными от большинства существами (othering)б ведет к стигматизации и игнорированию их статуса как граждан. Цель же касты «субъектов» состоит в том, чтобы те, кого считают «объектами», приняли этот взгляд на мир как неизменное и естественное положение вещей, которое не может быть и не должно подвергаться сомнению. Общественное согласие с такой социальной динамикой является центральным для (вос)производства угнетения, которое становится чрезвычайно устойчивым, особенно, когда подобные настроения интернализуются, усвоены самими инвалидами. По словам Хэрилин Руссо, активистки движения инвалидов, «один из мифов нашего общества относительно женщин-инвалидов состоит в том, что они асексуальны, неспособны вести социально и сексуально наполненную жизнь. И я никогда раньше не думала, что у меня есть какие-то альтернативы, что я могла бы иметь карьеру и романтику в жизни» [Rouso, 1988. P. 2].

Эта цитата показывает, что инвалидизирующая динамика угнетения укрепляется властными отношениями вообще, но особенно властью, которая

определяет социальное положение и статус других людей. В основе угнетения находятся, во-первых, практика обращения с инвалидами как с Другими, которая разделяет людей на «них» – исключенных, которым отказано в доступе к социальным ресурсам, и на «нас» – включенных в нормальные социальные взаимодействия, пользующихся всеми важными социальными ресурсами беспрепятственно. Во-вторых, отношения «власти над», которые дегуманизируют исключенных и лишают их способности к действию (*agency*), человеческого достоинства и самоценности. И все же, поступая таким образом, угнетатели также дегуманизируют и себя.

Кроме того, Руссо сосредоточивается на ключевом отрицании, которое имеет отношение к женщинам с инвалидностью, – отрицании их сексуальности, женственности, материнства, что имеет решающее значение для подрывания их самоощущения как женщин, которые имеют заболевание или другие проблемы. Понимание этого аспекта как опыта *женщин-инвалидов* является центральным в осмыслении аспектов инвалидности и пола, пересмотре того гендерно-нейтрального языка, в рамках которого обычно обсуждается инвалидность.

Я рассматриваю власть как способность влиять – оформлять – контролировать чье-то социальное окружение, чтобы удовлетворить чьи-то цели и ожидания. Реализация властных практик, включая власть определять других и власть, которая воплощается в процессах инклюзии и эксклюзии, подразумевает использование личной инициативы. Выражая собственную инициативу, люди применяют особые навыки для того, чтобы события протекали в соответствии с их собственными желаниями и ожиданиями, что требует от человека принимать ответственность за свои действия и иметь дело с происходящими отсюда последствиями [Foucault, 1980]. Тем самым отношения власти оказываются многомерными и комплексными. Аккумуляция власти в социальных взаимодействиях требует применения: знаний, навыков и целого ряда ресурсов, включая физические, финансовые, эмоциональные; накопленного политического и социального капитала, чтобы достичь специфических целей в рамках того или иного контекста. Другими словами, власть *контекстуальна* и носит *договорной характер*. Это значит, что ни один человек не является полностью властным или полностью безвластным [Dominelli, 1986]. Признание такого взгляда на власть уже само по себе наделяет нас властью, так как позволяет людям, которые иначе бы выглядели совершенно безвластными, увидеть себя активными агентами, способными что-то сделать в их ситуации посредством индивидуальных усилий или же группы. Индивидуальные формы власти, в свою очередь, могут быть усилены посредством коллективного действия.

Френч [French, 1985] идентифицирует три различных типа власти: «власть над кем-либо», «чья-либо власть» и «власть делать что-либо». На мой взгляд, «власть над кем-либо» проявляется в виде властных отношений как на индивидуальном, так и на коллективном уровне. «Чья-либо власть» отра-

жается в коллективном действии, нацеленном на изменение социальных ситуаций и осуществляемом теми людьми, которые работают сообща и достигают общих целей. «Власть делать что-либо» есть у тех людей, которые принимают индивидуальные действия, стремясь достичь своих целей. Кратко говоря, эти альтернативные концептуализации власти показывают ее как:

- ◆ контекстуальную;
- ◆ трансформационную [Foucault, 1980] и многомерную [French, 1985];
- ◆ созданную в процессе и посредством интеракции [Dominelli, 2002];
- ◆ постоянно формируемую и реформируемую посредством особых договоренностей [Giddens, 1991];
- ◆ развивающуюся на многих уровнях;
- ◆ личностную (харизма);
- ◆ институциональную (организационную, бюрократическую, процедурную [Weber, 1978]).

Поскольку люди проявляют инициативу, их намерения влияют на формирование и воспроизводство власти в межличностных отношениях. Их реакции на конкретные властные отношения, как правило, принимают следующие формы: принятие, аккомодация (приспособление) и сопротивление [Dominelli, 2002]. Разнообразие этих реакций и их изменчивость проявляют соревновательную природу властных отношений. Люди, демонстрирующие реакцию принятия, не подвергают сомнению существующие властные отношения и не видят возможностей изменить свою ситуацию до тех пор, пока решающая встреча с другими, чем-то похожими на них, не откроет дверь иным ожиданиям, или решающее жизненное событие не позволит им переосмыслить свою жизнь. Для реакции аккомодации свойственно некое сомнение в существующих властных отношениях, ведь человек в этом случае стремится в какой-то мере приспособиться к желаниям и/или действиям других людей. Здесь люди, скорее, пойдут на минимальные частичные изменения, чем будут требовать широких перемен или альтернативных способов организации их собственной жизни, или оформляющих ее социальных отношений. Если речь идет о реакции сопротивления, это значит, что люди отказываются от существующих властных отношений и устанавливают альтернативные отношения, в которых можно по-новому устанавливать контроль. В этом случае люди нацелены на изменение и/или трансформацию знакомого им мира.

Простое сопротивление или требование изменить статус-кво¹ автоматически не приводит к поддержке эгалитарных властных отношений. Эгалитарные отношения должны особым образом формулироваться и вырабатываться. В отсутствие эгалитарных ценностей и солидарности те, кто предпочитают отношения «власти над кем-либо» могут взять верх и воспроизвести такие социальные отношения, при которых одна доминантная группа про-

¹ Положение вещей.

сто-напросто заменяется другой, поскольку однажды ею захватывается больше власти, и в ответ на угнетающую динамику контроля или традиционной «власти над кем-либо» производится разделение на победителей и побежденных. Тем самым повторяется цикл угнетения, основанный на практиках властных отношений «над кем-либо», чтобы дегуманизировать тех, кто угнетен, и отказать им в их субъектности, человеческом достоинстве и ценности. А посредством процесса дегуманизации других новые угнетатели дегуманизируют самих себя, хотя и с другой социальной позиции.

Интерактивные определения власти подвергают сомнению традиционные концепции, которые представляют власть как элемент игры «с нулевой суммой»¹ – независимо от того, есть у человека власть или нет. Эти традиционные понятия основываются на понимании Парсонсом [Parsons, 1957] вопроса о распределении власти как «целостности нулевой суммы» или одномерной «вещи», которая имеется или отсутствует у одной из сторон взаимодействия. Следовательно, и существует она именно для того, чтобы быть захваченной. Чистый результат этих взаимодействий состоит в том, чтобы одна сторона оказалась властным победителем, а другая – бессильным проигравшим. Такая концептуализация власти сближается с понятием отношений «власти над кем-либо» [French, 1985] и тем, что я называю отношениями доминирования [Dominelli, 2002].

Таким образом, инвалидизм включает практику отношений «власти над кем-либо», где инвалиды как большинство подвергают дегуманизирующему обращению меньшинство – инвалидов, лишая их права действовать в собственных интересах. Эта власть не обязательно выражается в форме принуждения. Она может снабдить подчиненного человека таким мировоззрением, в котором альтернатива их современному положению отсутствует, и тем самым он (или она) даже и не будут помышлять о других возможностях организации своей жизни. Такое самоуправление, если обратиться к термину Фуко [Foucault, 1980], является типичным для реакции принятия динамики властных отношений «над кем-либо». Звучит несколько фатально, но это весьма характерно для власти доминирующего большинства, когда ожидания подчиненных людей оказываются подконтрольными именно путем самоуправления. Тем самым человек с инвалидностью просто видит свою позицию в соответствии с медицинской моделью, глазами тех, кто предпочитают медицинское знание и экспертизу опыту самого инвалида. По этому сценарию инвалид скорее опишет свою ситуацию как личную трагедию или несчастье и не заметит сходства между собой и теми, кто оказался в подобной ситуации. А фокусируясь на собственном несчастье, инвалиды не увидят себя в контексте угнетающих социальных структур. Этот тип реакции на власть, в свою очередь, гарантирует, что структурные причины инвалидизма игнорируются, тогда как индивидуальные выходят на передний план.

¹ «Игра с нулевой суммой» – используемая в психологии, экономике, социологии метафора отношений, при которых выигрыш может быть получен только за счет проигрыша другого. – *Прим. ред.*



Рис. 1. Инвалидирующие отношения контроля [Dominelli, 2002]

Инвалидизм отдает предпочтение правам и интересам здоровых людей (able-bodied) в ущерб инвалидам. Эта идеология закрепляется и воспроизводится посредством инвалидирующих отношений контроля, которые угнетают инвалидов и проникают во все аспекты их жизни. Рис. 1 иллюстрирует отношения контроля, в которых верх одерживает социальное большинство – неинвалиды.

Данная схема указывает на широкий спектр техник и форм дискриминации и угнетения, направленных на инвалидов. Они охватывают все измерения жизни человека, его физической и социальной среды, и используются для того, чтобы запугивать, унижать и контролировать людей. Хотя некоторые из них характерны для различных видов угнетения, есть и такие, которые являются уникальными именно в отношении инвалидов. Ключевая форма среди таких специфических форм дискриминации – это отрицание прав инвалидов на сексуальное самовыражение и родительство [Booth and Booth, 1998]. Обе эти формы угнетения имеют особое значение для женщин-инвалидов, подверга-

ющихся социальному исключению из сферы сексуальности, репродуктивных прав и тех статусов, которые доступны другим женщинам как матерям и женам. Эти два аспекта контролирующих отношений особенно проявляются именно в отношении женщин-инвалидов, поскольку сфокусированы на самоощущении и самореализации, традиционно связанными с тем, что называют «быть женщиной», как частью их идентичности, в которой им обычно отказывают окружающие.

Традиционные подходы к людям с инвалидностью

Традиционные подходы к инвалидности являются центральными в процессах социального исключения людей с инвалидностью и их маргинализации в обществе. Один традиционный подход к инвалидности основывается на *медицинской модели* интервенции. Эта модель изображает инвалидность как личную трагедию, основанную на долговременной болезни и неспособности, с которой можно обращаться посредством медицины. В этом случае человек принимает на себя роль «больного» и теряет различные общественные обязательства, которые есть у тех, кто не отмечен таким образом, например, сохранение работы и/или семьи. Ответвлением медицинской модели является *реабилитационная модель*, рассматривающая инвалидность как дефект, который можно исправить посредством помогающих вмешательств и ведает этим мастер реабилитационных дел. Цель реабилитационной модели – (ре)интегрировать инвалидов в общество с помощью той или иной формы терапии, которая помогает им свыкнуться с ролью «больного» и открывает для них в этом случае большие возможности. Эти виды терапии могут включать в том числе консультирование и профессиональную подготовку к оплачиваемой работе.

Более старую традиционную модель называют *моральной*. Она расценивает инвалидность как следствие греховного поведения либо самого человека, либо кого-то из близких. Жизнь человека с инвалидностью в этом случае пропитана чувством стыда, что не может не оказывать влияния как на самого инвалида, так и на семью, их статус в общине. Остракизм и ненависть (иногда и по отношению к себе самим) – обычные последствия таких отношений, при которых люди с инвалидностью не признаны и не допускаются к открытому участию в публичных мероприятиях, зачастую «спрятаны» в специальных учреждениях или в углу дома, куда запрещено заглядывать остальным. В культуре существуют варианты этой модели инвалидности, для которых свойственно чувство вины за то, что ты инвалид.

Традиционные подходы к инвалидам объединены следующими общими чертами:

- патернализм;
- предпочтение голоса эксперта голосам людей с инвалидностью;

- медиализация инвалидности с акцентом на исцеление, заботу или реабилитацию;

- отрицание инициативы инвалидов и их возможности действовать.

Эти модели индивидуализируют проблему инвалидности и игнорируют структурную природу инвалидизма, которая как раз и определяет обращение с инвалидами как с объектами, чья жизнь обусловлена несовершенством их тела или разума. Кроме того, они акцентируют индивидуальные страдания или психологические «утраты», и это является типичным аргументом той точки зрения, что инвалиды не способны к принятию решений. В Великобритании подобный подход стали называть синдромом «Ему с сахаром?» (Does he take sugar?) по имени популярной программы на четвертом радиоканале Би-би-си (BBC Radio Four) – инициативы, включившей инвалидов в обсуждение проблем, возникающих как результат инвалидизирующих взаимодействий с другими людьми, и выступившей за реализацию их прав как граждан. Это радио-шоу продемонстрировало, что инвалидизирующие имиджи стигматизируют и стереотипизируют инвалидов, ущемляя их достоинство и легитимируя дискриминацию в сферах занятости или в освоении других публичных пространств.

Кроме того, эти модели характеризуются тем, что:

- относятся к инвалидам как к гомогенной группе, игнорируя «расу», пол, возраст, сексуальную ориентацию и другие социальные характеристики;

- сегрегируют инвалидов от общества основываясь на том, что особые потребности якобы нужно удовлетворять в каком-то другом месте и обращаться с людьми иначе, поскольку сегрегирующие представления основываются на идее отличия как чего-то более низкого по отношению к преобладающей норме;

- превращают инвалидов в уязвимых и зависимых, о которых следует заботиться другим, тем самым лишая их права принимать решение;

- делают из инвалидов достойную ¹ группу клиентов, которых надо жалеть и кому следует помогать;

- лишают инвалидов возможности действовать и контролировать собственную жизнь.

Во многом эти особенности характерны и для определений инвалидности, принятых Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Организацией Объединенных Наций (ООН). В них акцент делается на трех взаимосвязанных элементах: *недуг* или *повреждение (impairment)* – утрата психологической или анатомической структуры или функции; *ограниченные возможности (disability)* – снижение способности осуществлять действия в соответствии с принятой нормой; *недееспособность (handicap)* – возможность того, что утрата функции или ограничение способности приведет к несостоятель-

¹ Имеется в виду классификация на «достойных» и «недостойных» клиентов системы социального обеспечения. – Прим. ред.

ности человека функционировать в соответствии с общественными ожиданиями, предъявляемыми к тем, у кого нет инвалидности. Среди всех этих состояний именно последнее в наибольшей степени связано с недостатками социального окружения, что свидетельствует об определенном влиянии концепции социального конструирования инвалидности, отстаиваемая движением инвалидов, на упомянутые административные структуры.

Критика инвалидами традиционных подходов к их нуждам, неадекватного реагирования практиков на их требования привели к созданию нового социального движения, которое сумело артикулировать коллективные интересы, – движения инвалидности. Начавшись с деятельности «Союза инвалидов с физическими недостатками против сегрегации (UPIAS)», это движение пересмыслило саму инвалидность, идентичность и жизненный опыт инвалидов. Благодаря усилиям движения стало более заметно то, каким образом инвалиды подвергались социальному исключению и угнетению. Деятельность движения привела к целому ряду достижений, а именно:

- к новому пониманию смысла инвалидности: например, неспособность видеть считается визуальным нарушением (impairment), а это значит, что инвалидность создается из-за отсутствия информации в тех формах, которые могут использоваться инвалидами;

- акценту на инвалидирующем обществе, а не на людях-инвалидах;

- признанию прав инвалидов на самостоятельное принятие решения;

- предоставлению инвалидам возможности развития их собственных ресурсов и самоконтроля;

- восприятию их интересов и потребностей как нормальных, обычных; удовлетворению этих потребностей в обычных, а не сегрегирующих условиях (подход «нормализации»);

- созданию «социальной модели инвалидности», которая контрастирует с отвергаемой ими медицинской моделью;

- требованию антидискриминационного законодательства. В Великобритании это привело к принятию Акта против дискриминации инвалидов (1995). Люди с инвалидностью теперь требуют изменений, которые придали бы этому законодательству ту же силу, которой обладают законы, касающиеся других «измов», в частности, сексизма и расизма.

Социальная модель инвалидности, в свою очередь, проповедовала обращение с инвалидами как с однородной группой, и лишь постмодернистская, постструктуралистская критика в ее адрес сумела отойти от тотальных концептуализаций идентичности, проявить гетерогенность группы, объединенной термином «инвалиды», и сфокусировалась на различиях в опыте людей в соответствии с классом, «расой», гендером и другими социальными параметрами.

Кроме того, эффект упомянутой критики состоял еще и в том, что она:

- продемонстрировала, что инвалидность социально локализуется и интерпретируется, тем самым делая акцент как на личностных, так и на структурных компонентах в переживании опыта инвалидности;

□ указала на то, что есть моменты, в которых важна медицинская интервенция, при этом подчеркивая аспекты соответствующего процесса, или того, как принимаются решения о том, какие именно услуги требуются и каким образом они предоставляются в качестве составной части системы обслуживания;

□ сформировала альтернативные ресурсы, которые создаются, управляются и возглавляются инвалидами.

Помимо указанных выше недостатков традиционные определения инвалидности были не в состоянии распознать комплексный характер инвалидности, в том числе ее интерактивные, культурно-специфические измерения. Эти подходы не могут признать те формы инвалидности, которые менее заметны окружающим. Я приведу пример, который демонстрирует сплав личностных и структурных аспектов в том, как игнорируются менее заметные функциональные нарушения. Речь идет о людях с тяжелой формой аллергии на обычные пищевые продукты. В мейнстримных, то есть широко распространенных, представлениях люди с аллергией на продукты питания скорее представлены как субъекты индивидуального выбора жизненного стиля, нежели с точки зрения биосоциальных условий, усиленных структурным контекстом производства пищи. Хорошей иллюстрацией подобной установки может служить мультинациональная компания, которая готовит разнообразные сэндвичи и предупреждает людей с сильной аллергией на орехи, когда те покупают бутерброд, при помощи такой наклейки: «Данный продукт может содержать частицы орехов». Применяя это предупреждение ко всем производимым сэндвичам, компания снимает с себя свои обязательства по производству «незагрязненной» пищи и передает ответственность за здоровье людей тем, кого это касается напрямую. Делая акцент на индивидуальной ответственности потребителя за свое здоровье, вместо того, чтобы обеспечивать «чистый» продукт, компания маскирует важные структурные причины того, что вся ее пищевая продукция «загрязнена» частицами производимого ассортимента. Проникая в доминантные дискурсы о еде и индивидуальной ответственности, такая политика компании, как «предупреждение об опасности для здоровья», скорее защищает размеры прибыли, нежели благополучие людей, поскольку предпочитает более дешевый вариант приготовления сэндвичей сохранению чистоты конкретных их разновидностей и, следовательно, охране здоровья отдельных индивидов.

Социальная модель инвалидности стремится преодолеть проблемы упомянутых выше моделей, обосновывая передачу непосредственно в руки самих инвалидов той власти, которая связана с определением инвалидности, и признавая мудрость и знания инвалидов, их опыта совладания с трудностями. Социальная модель основывается на положении о том, что инвалидность – это социально сконструированный недостаток [Oliver, 1990]. Нет людей-инвалидов, есть инвалидизирующее общество. В этой модели специалистов просят не препятствовать прогрессу инвалидов посредством патерналистс-

ких и не желаемых интервенций. Одновременно люди с инвалидностью отстаивают право самостоятельного планирования и контроля услуг и финансов, тем самым они намереваются заставить общество принять на себя ответственность за помещение инвалидов в невозможные ситуации, избежать стигматизации и стереотипизации, обрести свою инициативу, право выбора и автономию. Однако даже движение инвалидов подписалось за тотальный взгляд на идентичность группы и игнорировало дифференцированную природу их опыта до тех пор, пока совершенно разные люди с инвалидностью не начали выступать против этого. Белые женщины (например, Джени Морис) указывали на неспособность движения признать отличия женского и мужского опыта инвалидности; темнокожие (например, Назира Бигэм [Begum et al., 1993]) – на игнорирование проблемы расизма как в рамках движения, так и в обществе в целом; мужчины (например, Том Шекспир [Shakespeare, 1999]) подвергли критике тот незаметный для движения факт, что мужчины-инвалиды были исключены из доминантных образов мужественности. Многие из этих сюжетов выросли благодаря феминистским открытиям проблематики женственности и мужественности, гендера и «расы».

Женщины-инвалиды

Женщины-инвалиды лишены возможностей образования, сексуального самовыражения и шансов стать родителями [Fletcher, Hurst, 1995]. Поскольку материнство обществом обычно воспринимается в качестве наивысшего женского достижения, женщины с инвалидностью не могут реализовать себя из-за общественных установок, государственной политики и культурных норм, которые поддерживают данные стереотипы. В мире, где прославляется «телесная красота» – молодое атлетическое тело, – женщины с инвалидностью испытывают особую дискриминацию. Инвалидизирующие стереотипы представляют женщин-инвалидов как недостаточно женственных, асексуальных или не способных вырастить своих детей, иными словами, отказывают в атрибутах, приспанных «нормальным» женщинам, то есть *неинвалидам*. Им остается переживать сопровождающие их состояние чувства утраты, грусти и страдания, ассоциируемые с личной неудачей. Кроме того, женщины-инвалиды испытывают сильную дискриминацию в трудовой и семейной сферах. В мировом масштабе они чаще оказываются на наименее желаемых рабочих местах с низкой оплатой труда и становятся беднейшими среди бедных [Desruou, 1994]. Женщины-инвалиды так же в большей мере, чем *неинвалиды*, подвергаются насилию, будь то физическое, эмоциональное или сексуальное. Женщины-инвалиды, живущие на юге ¹, именно в связи с этим подвергаются еще более жесткой дискриминации [Boylan, 1994]. Феминистский анализ инвалидности использует понятия сексизма и патриархата, чтобы с их помощью объяснить

¹ Речь идет о странах третьего мира. – Прим. ред.

всю сложность происходящего с женщинами-инвалидами. И все же феминистское движение во многом игнорировало особые состояния и потребности женщин-инвалидов, за что и подвергалось критике [Boulan, 1994].

Женский опыт переживания реальности оформляется посредством социального конструирования гендерных отношений, которые подразделяют людей на категории мужчин и женщин. Этот опыт маскируется гендерно-нейтральным языком. Гендерные разграничения построены на такой социальной организации, которая навязывает диалду доминирования отношениям между мужчинами и женщинами. Эти (гендерно-специфические) бинарные разграничения и обуславливают тот факт, что мужчины как высшая часть диалды угнетают женщин. Данная форма организации известна как сексизм. Сексизм может взаимодействовать и сосуществовать с другими формами угнетения – по признакам класса, «расы» и инвалидности (классизм, расизм и инвалидизм).

В моей работе я определяю сексизм как «систему угнетения, основанную на презумпции антагонистических отношений между мужчинами и женщинами. В этих отношениях мужчины реализуют свою власть над женщинами, будучи привилегированными или имея превосходство, а женщин рассматривают как низших существ. Система, организующая социальные отношения таким образом, что мужчины могут контролировать и эксплуатировать женщин на индивидуальном, институциональном и культурном уровнях, называется *патриархатом*» [Dominelli, 2002a].

Сексизм есть нормализующая идеология, касающаяся гендера, которая девальвирует атрибуты женщин и ту работу, которую делают женщины. Прославляя качества и достижения мужчин и ущемляя достоинство женщин, сексизм способствует *неравенству* между полами. Сексистские социальные отношения утверждают мужчин в качестве нормы и диктуют, какое поведение считать «нормальным» как для мужчин, так и для женщин. Эта диалда пронизывает все другие социальные различия, включая инвалидность, и детерминирует предпочтение интересов и деятельности мужчин-инвалидов по сравнению с инвалидами-женщинами. Кроме того, сексистские социальные отношения действуют в трех измерениях – индивидуальное (установки и убеждения), институциональное (законодательство, политика и повседневные практики) и культурное (принимаемые как должное предположение, ценности и нормы). Гендерные отношения, укоренные в сексистских взглядах на мир, делают мужское нормой и (вос)производят неравенство между мужчинами и женщинами посредством сексистской диалды, которая представляет привилегии мужчинам, делая женщин низшими существами и/или неравными мужчинам. Следовательно, сексистские социальные отношения закрепляют власть мужчин и делают их качества наиболее предпочтительными. Это осуществляется следующим образом:

- поддерживаются установки, формы поведения и культурные нормы, которые легитимируют и утверждают *власть* мужчин над женщинами;
- делается акцент на «различиях» между мужчинами и женщинами; при этом женщинам расценивается как менее значимое в обществе;

- с инвалидами обращаются как с Другими или незначимыми, как с теми, кто отлучается от установленных или доминантных мужских норм;
- женщин исключают из публичного пространства.

Сексизм приводит к неравным гендерным отношениям, нападая на атрибуты идентичности, самоопределение человека. Гендер по-разному переживается мужчинами и женщинами, поскольку одна группа оказывается в более привилегированном положении по сравнению с другой. Кроме того, гендер дифференцирован внутри самих категорий мужчин и женщин, поскольку пересекается с другими социальными различиями – «расой», возрастом, инвалидностью, сексуальной ориентацией и классом. Взаимодействие между гендером и другими основаниями социальных различий – это не просто сложение нескольких оснований, оно интегративно. Результат этой интеграции варьируется в зависимости от контекста и того или иного основания различий между группами. Так, *классовая дифференциация* означает, что опыт инвалидности двух темнокожих женщин, представляющих средний класс и рабочих, будет неодинаковым. *Расовая дифференциация* означает, что те испытания, которые представляет инвалидность белой женщине среднего класса, совсем не похожи на те, что знакомы черной женщине среднего класса.

Антигнеттающие подходы (anti-oppresive approaches) к практике базируются на ценности *равенства* обоих полов, стремятся остановить санкционированное обществом исключение женщины из публичного пространства и найти способ включить их в центр общественной жизни. Эти подходы способствуют формированию эгалитарных отношений между людьми. В таких отношениях взаимодействие основано на взаимном признании и утверждении обеими сторонами друг друга в статусе субъектов. Тем самым они относятся друг к другу как субъект к субъекту, а не как субъект к объекту. То, что люди действуют как субъекты, то есть создатели собственной реальности, – ключевой принцип антигнеттающих отношений. Работая с инвалидами, – женщинами или мужчинами – социальным работникам необходимо предпринять усилия в направлении создания эгалитарных отношений, которые бы утверждали субъектность тех и других, удостовериться, что инвалиды характеризуют интеракции со специалистами как субъект-субъектные.

Инвалидизирующая практика социальной работы

Социальная работа как профессия, направленная на защиту благополучия людей и достижения социальной справедливости, нередко терпит неудачи с инвалидами, в том числе с женщинами, поскольку не предоставляет услуги, которые бы удовлетворяли их потребностям. Гендерно-специфические трудовые отношения сильно повлияли на практику социальной работы посредством: а) идеологии, которая определяет заботу как (недооцениваемую) «женскую работу»; б) композиции рабочей силы, которая помещает мужчин на вершину трудовой иерархии.

В социальной работе классификация людей зачастую становится источником угнетения. Классификации демонизируют таких «клиентов», как бедные, малолетние правонарушители и одинокие матери, тогда как маркируя людей «инвалидами», социальные работники будут, скорее всего, рассматривать их как «достойных». Это, в свою очередь, продуцирует негативные последствия, так как в социальном обслуживании инвалидов укореняются образы зависимости и уязвимости. Подобные образы, по сути дела, лишают их власти, отрицают их инициативу и подчиняют их «инструментам управления» [Foucault, 1991], то есть практикам профессиональной интервенции в жизнь инвалидов, осуществляемой под видом заботы о них. Власть наименования существенна, поскольку используется для того, чтобы наделить или лишить человека доступа к социальным ресурсам. Клиенты, помеченные как «достойные», допускаются к переходу через барьеры, воздвигнутые привратниками, а те дозируют ресурсы, лишая «недостойных» этого права доступа к ресурсам [Dominelli, 2002].

Определяя инвалидов как зависимых от обслуживающего персонала, социальные работники символически вступают в сговор с другими специалистами, особенно из сферы здравоохранения, тем самым сохраняя такое положение вещей, когда клиенты не в состоянии реализовать право самоконтроля их собственной жизни. Этот подход прочно поддерживается медицинской моделью инвалидности. Поскольку она применялась для «лечения» инвалидов на каждой стадии жизненного цикла от рождения до смерти, человеку было трудно нарушить установленный порядок. История социальной работы на протяжении длительного времени была связана с медицинской моделью, помещая инвалидов в учреждения, изолируя их от общества и отказывая им в праве на действие и самоопределение, отдавая предпочтение голосам экспертов. Инвалиды сумели пересмотреть это определение их состояния и статуса, учредив центры независимой жизни и развивая другие инициативы, направленные на интеграцию в качестве полноправных членов общества, независимо от того, требуется ли им предоставление тех или иных социальных услуг. Основные позиции этой критики таковы:

- рассмотрение социальных работников как составной части проблемы, поскольку те фокусируются в первую очередь на медицинских диагнозах и сторонах инвалидности как персональной трагедии. Это усиливается их стремлением *управлять* клиентами с инвалидностью, вместо того чтобы действовать в качестве ресурсов, поддерживающих инвалидов в осуществлении их собственных решений;

- критика низкого статуса социальной работы с инвалидами и низкого приоритета их потребностей;

- критика неадекватных услуг, за которые отвечают социальные работники, выступающие проводниками институциональных форм неправильного обращения:

- действуя в качестве арбитров между инвалидами и государством;
- предоставляя фрагментарные, нескоординированные услуги;

- включая слишком много разных специалистов с различными представлениями и подходами;
- предоставляя услуги, отражающие профессиональные интересы и ожидания работников, а не интересы и потребности самих инвалидов;
- дозируя ресурсы и предпочитая одни нужды другим;
- игнорируя значимость социальных различий в дифференциации опыта инвалидности среди разных групп инвалидов;
- требование трансформировать отношения между помогающими и принимающими помощь в направлении удовлетворения потребностей инвалидов, а не специалистов.

Критика инвалидами жизни в закрытых учреждениях идентифицировала серьезные и не замечаемые другими недостатки в соблюдении их гражданских прав, а именно: недостаток права голоса, свободы, близких личных отношений, выбора и приватности. Инвалиды назвали обслуживание в закрытых учреждениях «складированием», которое сводилось к регуляции и контролю, тогда как специалисты убеждали их довольствоваться этими услугами низкого качества. Осуществляя свою критику, инвалиды решали следующие задачи:

- требовали прекратить неправильное обращение с проживающими в закрытых учреждениях и пренебрежение к их нуждам;
- требовали деинституциализации инвалидов и их интеграции в общество;
- требовали управляемый пользователем подход к сервисам в обществе в контексте гражданских прав и партисипаторных стандартов. Это сформулировало основу концепции «нормализации», в соответствии с которой мейнстримные, то есть широко распространенные, услуги должны были заменить специализированные сервисы, стигматизировавшие инвалидов [Wolfsenberger, 1972];

- политизировали инвалидность как социальную проблему, признали важным свой собственный опыт и обнародовали опыт тех, кто потребовал прекратить практику оказания некачественных и неадекватных услуг;

- поощряли инициативы по развитию осознания проблемы инвалидности, например «Люди прежде всего» (People First), группы самопомощи, курсы и тренинги по вопросам равенства, центры независимой жизни (Centre for Independent Living – CIL), телефонная линия информации и совета для инвалидов (Disabled Information and Advice Line – DIAL), политические органы, например Британский совет инвалидов (British Council of Disabled People – BCDP), создавая самоуправляемые схемы поддержки, проводя исследования, уполномоченные самими инвалидами.

Инициатива деинституциализации и «нормализации» способствовала тому, что многие государства отказались от больших закрытых учреждений, непригодных для полноценной жизни инвалидов, столкнувшихся с негуманным обращением с ними работников. Однако подчас это приводило к тому, что инвалиды оказывались в беднейших кварталах, где невозможно было

получать то обслуживание и поддержку, которые им требовались. Некоторые активисты среди инвалидов настолько враждебно относятся к социальным работникам, что единственное, что они могут сказать, – это «не вмешивайтесь в мою жизнь». Ситуация отягчалась для женщин-инвалидов, которых подвергали стерилизации или убеждали в невозможности иметь детей, и их скорбь о лишении шансов на материнство никем не замечалась в общем процессе скандального нарушения прав человека. Их рассказы о жестоком отношении, насилии со стороны обслуживающего персонала, в том числе работников интернатов, замалчивались [Zaviršek, 2002]. Надзор за людьми с инвалидностью в интернатах, осуществляемый в соответствии с инвалидизирующими нормами, означает и то, что женщина-специалист, не имеющая инвалидности, нередко играет роль охранника по отношению к женщинам-инвалидам.

Кроме того, социальная служба как место работы исключала инвалидов, в том числе и женщин. Весьма немногие социальные работники – это инвалиды; и еще меньше их число достигает управляющих постов, особенно в крупных бюрократических империях, где доминируют белые здоровые мужчины. Физическая среда социальных служб также оставляет желать много лучшего. Многие здания недоступны и неудобны. Изменить их – значило бы сделать важный вклад не только для людей с инвалидностью, но и для тех женщин (с инвалидностью или без нее), которые везут своих детей, толкая коляски по узким лестницам, на встречу с социальным работником. Женщины-инвалиды также подвергаются сексуальным домогательствам и негуманному обращению в таких заведениях, причем нарушение их прав на среду, свободную от насилия, обычно игнорируется.

Реакция государства на критику со стороны инвалидов довольно ограничена. Например, в Великобритании правительство пошло лишь на минимальные уступки. И все же эти изменения повлияли на способность социальных работников модифицировать или трансформировать их практику. Эти модификации включают:

- рост инициатив, которыми руководят (а не контролируют) сами пользователи, поддерживаемый Фондом независимой жизни (the Independent Living Fund – ILF), прямые выплаты в соответствии с Актом о выплатах по инвалидности (1996), а также практика обслуживания, основанная на оценке потребностей;

- растущее вовлечение потребителей в процессы оказания услуг, когда инвалидов поощряют применять процедуры жалоб, требовать лучшего обслуживания, однако мало делается для того, чтобы поощрить их участие в планировании, предоставлении, менеджменте и оценке услуг.

Новые виды услуг, получившие развитие благодаря указанным процессам, распространились лишь фрагментарно и возымели ограниченное действие на изменения практики социальной работы (имеются в виду изменения по отношению к движению инвалидов). Лотерея места проживания действует таким образом, что те люди, чьи местные власти в большей степени

осознают проблемы инвалидности, скорее всего получат доступные и соответствующие их нуждам услуги.

Осуществляя критику неадекватной практики социальной работы, пусть и с ограниченной эффективностью, инвалиды в Великобритании опираются на следующее законодательство:

- Акт против дискриминации инвалидов (1995);
- Акт о правах человека (1998);
- Комиссия о правах инвалидов (2000);
- Стандартные правила ООН по обеспечению равных возможностей для инвалидов (1993);

другие конвенции, имеющие отношение к правам человека.

Рассказы инвалидов о том, как с ними обращаются, обнажают инвалидизирующие властные отношения, присутствующие в опыте получения бесполезных услуг [Barnes and Oliver, 1998]. Таким образом, властные отношения в практике социальной работы осуществляются в конкурентном пространстве, где инвалиды подвергают сомнению голоса «экспертов», намеревавшихся говорить вместо них. Итак, властные отношения, которые определяют положение инвалидов:

- сложны;
- интерактивны;
- опосредованы контекстом;
- постоянно создаются и воссоздаются;
- активны на многих уровнях и подключают разных акторов;
- создаются в рамках и посредством межличностных отношений внутри специфических организационных контекстов, которые связаны как с профессией, так и с более широким миром;
- поддерживают разные формы неравенства.

По контрасту, правильное использование власти в практике социальной работы подразумевает усилия, распределяющие власть на основе эгалитарных ценностей, в соответствии с которыми:

- к клиентам относятся, уважая их достоинство, как к равным себе;
- ресурсы и умения разделяются с клиентами;
- знания и силы клиентов высоко ценятся;
- клиент и социальный работник влияют друг на друга посредством взаимоотношений;
- клиент и социальный работник создают и утверждают субъектность друг друга в процессах взаимодействий;

как клиент, так и социальный работник отвечают за свои действия.

Сегодня мы лишь в начале пути к тому моменту, когда антигнеттающие принципы будут повсеместно внедрены в каждодневную практику работы с инвалидами. Тем самым социальным работникам придется серьезно потрудиться для того, чтобы их обращение с инвалидами стало уважительным, внимательным к тем программам действий и определениям проблем, которые формулируются самими инвалидами.

Феминистская социальная работа

Женщины-инвалиды создали свои организации и сети поддержки, чтобы удовлетворять их особые потребности. Эти ресурсы, например, Сеть женщин-инвалидов (the Disabled Women's Network – DAWN), как правило, основываются на феминистских принципах и формах организации, укорененных в эгалитарной системе ценностей и формах практики. Феминистская социальная работа стремилась выявить гендерные отношения в социальных взаимодействиях людей, исключить сексистские социальные отношения в самой профессии и бороться со структурным неравенством, влияющим на жизнь женщин – клиентов и специалистов, – настаивая на социальных изменениях существующих социальных отношений и на организации альтернативных сервисов для женщин под их собственным контролем. Для женщин-инвалидов это означало, в первую очередь, работу с гендерно-специфическими и инвалидизирующими отношениями, хотя при этом не забывались и другие формы социальной дифференциации, включая «расу», возраст и сексуальную ориентацию.

Я определяю феминистскую социальную работу следующим образом: «Теория и практика социальной работы, точкой отсчета в которой является женский опыт переживания гендерного угнетения; пересматривающая характер получаемых женщинами услуг, отношение к специалистам-женщинам и неравноправные отношения между специалистом и клиентом; нацеленная на утверждение эгалитарных социальных отношений» [Dominelli, 2002a].

Отвечая на запросы женщин, теория и практика феминистской социальной работы одновременно оказала влияние и на анализ опыта мужчин и детей, а также той работы, которая с ними ведется. Это особенно было заметно в вопросах, касающихся воспитания детей, домашнего насилия, сексуального насилия над детьми, как и привилегированного положения мнений экспертов над голосами клиентов или пользователей услуг. Именно в этих аспектах подвергается пересмотру гегемонная маскулинность и на первый план выходит идеология заботы, а мужчин, практикующих насилие и агрессию, подвигают к тому, чтобы они принимали на себя ответственность за свое поведение и учились более подходящим способам отношений с женщинами [Dominelli, 2002a].

Я приведу несколько феминистских принципов, которые полезны для того, чтобы женщины-инвалиды могли более эффективно и организованно достигать улучшения качества социального обслуживания для них самих и всех остальных клиентов. Их не так просто внедрить, они, скорее, могут быть руководством для специалистов и клиентов в формировании их взаимоотношений. Все остальное зависит от согласований в конкретных контекстах практической работы [Dominelli, 2002, 2002a]. Феминистские принципы социальной работы следующие:

- пересматривать иерархии между мужчинами и женщинами, как и среди женщин;
- относиться к женщинам с уважением и достоинством;
- отталкиваться от сильных сторон (ценить и прославлять навыки и талант женщин);

- определять потребности женщин в согласии с их собственным мнением;
 - сосредоточиться на характере тех услуг, которые получают женщины, а также на их содержании и способе предоставления;
 - подвигать женщин развивать и поддерживать услуги, осуществляемые ими самими;
 - учитывать те способы оказания услуг, к которым прибегают специалисты-женщины;
 - выстраивать союзы между стратифицирующими факторами, которые влияют на жизнь женщин («раса», гендер, возраст, сексуальная ориентация и другие характеристики наряду с инвалидностью);
 - формировать сети поддержки и поощрять обмен умениями и навыками среди женщин;
 - стремиться к выигрышу всех сторон.
- Руководствуясь этими принципами в своих взаимодействиях с женщинами-инвалидами, воплощая в жизнь практику феминистской социальной работы, социальные работники должны осознавать, что при этом они могут столкнуться с целым рядом трудностей. Речь идет о тех противоречиях, которые усложняют задачи социальной работы и создают дополнительные препятствия к разрешению проблем женщин:
- создание ловушек мнимого равенства ¹;
 - порождение конфликтов между интересами женщин и детей, женщин и мужчин;
 - работа с неравными отношениями внутри семьи (хотя семейные отношения предполагают равенство);
 - попытки уравновесить домашние обязанности с оплачиваемой работой;
 - принятие ответственности за заботу о других за счет игнорирования собственных нужд;
 - реализация прав женщин заботиться о других, не будучи угнетенными требованиями и тяготами обслуживающего труда;
 - привлечение мужчин в обслуживающую работу, уход за близкими;
 - недостаток ресурсов и времени;
 - невозможность иметь свободное время [Dominelli, 2002a].
- Чуткое отношение к особым потребностям особой группы женщин, став естественной частью повседневного труда социальных работников, удвоит их усилия в стремлении строить адекватные отношения с женщинами-инвалидами.

¹ Ловушка мнимого равенства возникает, когда люди уверены, что ведут себя в соответствии с принципами равенства, хотя на практике их поведение лишь укрепляет неравенство. Например, если женщины разного социального происхождения – из среднего и рабочего класса – посещают семинар, чтобы обсудить положение женщин, и на семинаре к ним относятся одинаково, однако при этом игнорируется тот факт, что женщины среднего класса получают много больше от участия в семинаре, который для них является привычной формой коммуникации, с которой они знакомы и в чем они преуспели. Поскольку в этом случае проблема отставания женщин рабочего класса недооценивается и не решается, то создается «ловушка мнимого равенства». Иными словами, женщины полагают, что относятся друг к другу как равные, но на самом деле это не так.

Выводы

Опыт инвалидности не является гендерно-нейтральным, ведь мужчины и женщины имеют дело с различными реальностями, которые оформляют опыт и понимание инвалидности. Женщины-инвалиды являются частью категории «инвалиды» и разделяют много общего с другими инвалидами, в том числе и мужчинами. Однако есть и самостоятельная отдельная категория «женщины-инвалиды». У них есть особые потребности, которые связаны с их женской ролью и теми ожиданиями, которые предъявляет к ним общество как к женщинам вообще, хотя в целом самореализация женщин-инвалидов в этих ролях затруднена инвалидирующими социальными отношениями. Кроме того, все женщины-инвалиды отличаются между собой их опытом инвалидности, который обладает собственными уникальными характеристиками в зависимости от класса, «расы», возраста, сексуальной ориентации или других социальных различий. Такая дифференциация делает группу женщин-инвалидов чрезвычайно разнообразной, с широким спектром потребностей, которые следует удовлетворять соответствующим образом, чтобы равноправное обращение с клиентами приводило к равным результатам.

Сегодня особые нужды женщин-инвалидов были признаны в практике социальной работы. Удовлетворяя эти нужды так, чтобы передавать инвалидам полномочия, наделять их властью (empowerment), социальные работники должны поддерживать инициативу и выбор клиента в принятии решений и осуществлять доступ к ресурсам. Ратуя за разнообразие и опираясь на сильные качества женщин-инвалидов, мы можем сделать так, чтобы они сами контролировали свою жизнь. Особенно важно укрепить возможности женщин-инвалидов стать сексуально активными, обрести возможность материнства, вырастить детей, быть хорошими родителями. Практика социальной работы выступает продуктом того общества, в котором она осуществляется. Поэтому формирование новой практики социальной работы, ориентированной на ценности гражданства и помещающей инвалидов в центр процессов принятия решения, касающихся их благополучия, требует изменений и в более широких социальных отношениях. Отказаться от инвалидизма в практике социальной работы — означает пройти серьезные испытания всем тем, кто сейчас живет в инвалидирующих обществах.

Список литературы

Barnes C. and Oliver M. Disabled People and Social Policy: From Exclusion to Inclusion. London: Longman, 1998.

Begum N. Disabled Women and the Feminist Agenda // *Feminist Review*. № 40. Spring, 1992. P. 71–84.

Begum N., Hill M. and Stevens A. Reflections: The Views of Black Disabled People on Their Lives and on Community Care. London: CCETSW, 1993.

- Booth T. and Boath W.* Growing up with Parents who have Learning Difficulties. London: Routledge, 1998.
- Boylan E.* Women and Disability. London: Zed Books, 1991.
- Despuoy L.* Human Rights and Disability. New York: United Nations, 1994.
- Dominelli L.* The Power of the Powerless // Sociological Review, Spring, 1986. P. 65–92.
- Dominelli L.* Anti-Oppressive Social Work Theory and Practice. London: Palgrave, 2002.
- Dominelli L.* Feminist Social Work Theory and Practice. London: Palgrave, 2002a.
- Fletcher A. and Hurst R.* Overcoming Obstacles to the Integration of Disabled People. London: UNESCO, 1995.
- French M.* The Power of Women. Harmondsworth: Penguin, 1985.
- Foucault M.* Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972–77. New York: Pantheon Books, 1980.
- Foucault M.* Governmentality // G. Burchell, C. Gordon and P. Miller (Eds) The Foucault Effect: Studies in Governmentality. Hemel Hempstead: Harvester/Wheatsheaf, 1991.
- Giddens A.* Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age. Cambridge: Polity, 1993.
- Morris J.* Pride Against Prejudice. Transforming Attitudes to Disability. London: The Women's Press, 1991.
- Oliver M.* The Politics of Disablement. London: Macmillan, 1990.
- Parsons T.* The Professions and Social Structure // Essays in Sociological Theory. New York: Free Press, 1957.
- Rouso H.* Disabled, female, and proud! Boston: Exceptional Parent Press, 1988.
- Shakespeare T.* When is a Man not a Man? When He's Disabled // J. Wild (Ed.) Working with Men for Change. London: University of London Press, 1999.
- Weber M.* Selections from Max Weber. Berkeley: University of California Press, 1978.
- Wendell S.* The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability. London: Routledge, 1996.
- Wolfensberger W.* The principle of normalization in human services. Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1972.
- Zavirsek D.* Pictures and Silences: memories of sexual abuse of disabled people // International Journal of Social Welfare. Vol. 11. № 4. 2002. P. 270–285.

Лена Доминелли
PhD, профессор, директор
Центра международного социального и общинного развития
Школы социальных наук университета Саусэмптона, Великобритания,
Президент Международной ассоциации школ социальной работы

электронная почта: ld@soesci.soton.ac.uk

(Пер. с англ. Е. Ярской-Смирновой)
