

ЗА НЯКОИ ОСНОВНИ АСПЕКТИ НА СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА КЪМ И СОЦИАЛНАТА РАБОТА С ИНВАЛИДИ В БЪЛГАРИЯ В КОНТЕКСТТА НА НОВИЯ ЗАКОН ЗА ИНТЕГРАЦИЯ НА ХОРАТА С УВРЕЖДЕНИЯ

Божидар Ивков

Внимателният анализ на нормативната база, която формира и регламентира социалната политика към и социалната работа с инвалидите в България, особено след приемането през 2004 г. и влизането в сила от 01.01.2005 г. на Закона за интеграция на хората с увреждания, както и на някои конкретни социални практики и политики, показва, че е извършен преход от медицински (или трудово-медицински) към административен модел на инвалидността. И двата модела обаче са разположени в т.нар. медицинско смислово пространство¹. То е базата, „почвата”, от която се поражда и върху която се утвърждава и закрепва валидизмът². С други думи, преходът към т.нар. социален модел на инвалидността³ все още не се е състоял, независимо че в структурата на административния модел могат да се открият елементи от него.

За същността на медицинския (трудова-медицинския) и административния модели на инвалидността

Медицинският модел на инвалидността възниква през XIX век и е свързан с бурното развитие на медицината. Това е времето, когато са отделени много видове заболявания и инвалидности.

В рамките на медицинския модел на инвалидността физическите и психическите различия между хората се разглеждат с термините на патологичните отклонения и увреждания, т.е. с “непълноценността” (Pfeiffer, D. 2002). Вероятно в подобен подход и рефлексивна едностранчивост трябва да се търси генезисът на полученото по-късно популярност значение на термина “инвалид” като “невалиден”?

Едно от най-важните следствия от прилагането на **медицинския модел** на инвалидността е, че той **съдейства всички проблеми, включително и социалните, които са свързани с инвалидността, да се описват с тер-**

мините на анатомично-физиологичните и функционалните особености на човешкия организъм (медиализация). Медиалистското разбиране на инвалидността като патология, противоположна на “здравето”, на “нормата” или “нормалността” (Oliver, 1990; Ярская-Смирнова, 1999; 2001), е характерно все още за много общества, в т.ч. и за българското. Тук, както отбелязват някои изследователи, главното са диагнозата и класификацията на заболяването, а самият човек се превръща в “невидим поради своята инвалидност, под въздействието на внимателния медицински поглед” (Hughes 1998: 82). Така индивидът се превръща, по думите на Ярская-Смирнова (2001), във вещен обект като медицински “случай”, а цялата история на субекта се свежда до историята на болестта, до диагнозата и “неговото дискурсивно оформяне в тлъстите болнични формуляри”. С други думи, това, според нас, е процес на превръщането на човека от субект в нозологична единица. Така неспособността или невъзможността - според медико-клиничните критерии, на инвалида да бъде пълноправен член на обществото, е пряк резултат от съществуващото в него увреждане, от отнетата му субектност и приписаната му обектност и/или нозологичност. Именно този процес често се превръща и в генезис на социално изключване (и/или маргинализация) на инвалидите, като намалява, а често и отнема, възможностите им за самоидентификация като социални субекти. “Десубективизацията” и, едновременно с това, “нозологизацията” на инвалидите и медиализацията на социалния им живот, активират по и чрез формални и неформални пътища и механизми пораждаването и затвърждаването на негативни социални представи за инвалидите, затвърждават предрасъдците и стереотипите за тях в обществото. А това също води до социално изключване. Такава ситуация представлява следствие от идеологията, основана върху интерпретацията на социалната норма като еднородна категория, която отразява характеристиките на “здравата” част от населението (виж напр. Преодолевай баръери... 1997: 56). Инвалидите се причисляват към пасивните пациенти, които са зависими и се нуждаят от външна грижа. Този подход, по думите на Егорова (2002), поддържа обществените стереотипи за невъзможността на инвалидите да живеят самостоятелно без поддръжката на професионалистите и доброволните сътрудници.

Някои изследователи смятат (и то с основание), че при “такъв (медиалистки - бел. моя - Б.И.) подход уврежданията, които имат инвалидите, автоматично ги изключват от участие в традиционни социални дейности. Такива индивиди се определят преди всичко като непригодни за работа или функциониране и социална комуникация в “обичайното” общество” (Тарасенко, Е. А. 2003: 54-55). Затова за тях съществува специално създадена мрежа от изолирани специализирани социални заведения (интернати и корекционни училища - една традиция, възникнала в края на XVIII и началото XIX век), в т.ч. и специализирани предприятия за инвалиди (традиция, водеща началото си XVII-XVIII век и утвърдена

през 20-те години на XX век).

Не е трудно да се види, че такъв подход способствува за снижаването на социалния статус на инвалидите и засилва социалните стереотипи и негативните социални представи за тяхната некомпетентност (виж напр. Campbell, F. 2001: 1-11), както и социалните неравенства в обществото. Така в медикалисткото смислово пространство инвалидите се разглеждат като **обект** на социалната политика, а не като неин **субект**. Мнозинството от нормите в съвременното ни социално законодателство, насочени към инвалидите, потвърждават горните констатации, защото тези норми се формулират, обосновават се и се затвърждават, като се използват предимно медико-клинични критерии, прилагани в медицинската експертиза на изгубената работоспособност (т.е. на инвалидността). Там, където се въвеждат някакви социални критерии (обикновено и най-често критерият „доход“), те служат като филтриращ механизъм по отношение на правото да бъде получена някакъв вид помощ. Медикализацията на формалната страна от живота на инвалидите неминуемо се отразява и върху неформалната.

Идеологията на зависимост на инвалидите от държавата и обществото, така характерна за медицинския модел на инвалидността, е толкова „дълбоко вкоренена в масовото съзнание, че модусът на законодателството по отношение на ивналидите не предизвиква в никого съмнение“. Не можем да не се съгласим с Ярская-Смирнова (2001) и M. Oliver (1989), които смятат, че в идеологията на зависимостта важна роля играят “социалната политика и професионалните атитюди на специалистите, медикалистката философия на специалното образование” и - нека допълним - на социалното изключване и социалната изолация. Съща по своя характер е и рекламата за благотворителност, която с цел събиране на средства за подпомагане на деца с трайни увреждания “конструира безсрамно жалки образи” на тези деца (Ярская-Смирнова 2001; Oliver 1989: 9-14). Съвсем ясно е, че в съвременната държава няма абсолютно независими хора. И макар че инвалидите, вследствие на някакви дисфункции и функционални дефицити, имат по-големи ограничения във възможностите, по-често се нуждаят от помощ, то все пак “мнозинството от тях искат и могат да бъдат автономни при вземането на решения и инициативи за собствената си съдба” (Ярская-Смирнова 2001). Отстраняването на крайните и силно негативни елементи на медицинския модел и създаването на условия инвалидите сами да решават съдбата си, е може би един от най-ефективните пътища за тяхната социална интеграция и социално включване в обществото.

По-нататък решението на проблемите на инвалидите в рамките на медицинския модел се свежда до следното: всички усилия са “концентрирани върху различните по вид компенсации за инвалидите поради това, че с техния организъм нещо не е “както трябва”(Тарасенко, Е. А. 2003).

В тази връзка за тях:

- се определят специални социално-икономически облекчения,
- предоставят им се различни социални помощи – например добавка за социална интеграция, за която ще стане дума по-нататък,
- дават им се социални пенсии за нетрудоспособност, които удовлетворяват, като правило, само малка част от техните материални потребности (виж Тарасенко, Е. А. 2003; Волгина, Н. 2003: 150-164, 691-692.).

Заслужава да се отбележи, че медицинският модел на инвалидността е източник на проблеми, особено за тези от инвалидите, които са идентифицирани като нетрудоспособни. Тази идентификация в близкото минало означаваше въвеждане в една система на зависимост от социални помощи и облекчения, но отнемаше правото на участие в пазара на труда. Тя изолираше част от инвалидите в специализираните предприятия - т.нар. стратифициран подход. Например в България само допреди няколко години това ставаше при задействане на механизма “квалификация - деквалификация”, който бе сърцевината на експертната на трайната нетрудоспособност, развита в рамките на т.нар. от нас **трудо-во-медицински модел**. В тази разновидност на медицинския модел на инвалидността, характерна за бившите социалистически страни, запазените възможности на инвалидите за труд се оценяваха предимно като механична сила. Напълно отсъстваха оценки за друг вид дейност, каквато например е умствената.

Социалната политика към и социалната работа с инвалидите в България, през 90-те години на XX век са белязани изцяло от споменатия медицински модел на инвалидността. Например въпреки всички правителствени програми за трудова заетост на инвалидите, въпреки съществуващите по това време насърчителни мерки за работодателите, кооперациите на и за инвалиди бяха и си останаха основният източник на работни места за инвалиди, особено за лицата с по-ниско образование, с по-висока степен на инвалидност и тези с умствени увреждания.

Анализът на развитието на социалната политика към и социалната работа с инвалидите в страната показва, че на практика е налице преход от медицински към административен модел на инвалидността. Това неминуемо се отразява и върху реализираните социални програми, политики и социалната работа по отношение на инвалидите.

За административен модел на инвалидността говори руската изследователка Егорова (2002), когато разглежда социалното конструиране в структурата на съвременните представи за инвалидността. Всъщност административният модел на инвалидността може да се приеме за своеобразен хибрид между медицинския и рехабилитационния⁴ модели на инвалидността, в който се акцентира върху създаването и поддържането предимно на система за подпомагане на инвалидите – специализирани институции, организации за специално образование и трудоустрояване на хората с ограничения във възможностите вследствие на здравословни проблеми. При административния подход към инвалидността

различните държавни институции създават съответните социални служби и разработват специализирани програми, които служат по-скоро като “филтриращи механизми, отколкото като средства за интеграция” на инвалидите в обществото. Тази роля на “пречиствателна система” и/или на gate-keeper (портиер) играе съвременната система за експертиза на работоспособността в България или например критериите, които определят правото на достъп до целеви социални помощи. Най-отрицателният ефект на този модел се състои в това, че “човекът, който е инвалид, и неговите близки се превръщат изключително в обект на патронаж и защита” (Егорова, С. 2002). Това най-вероятно е следствие от медикалистката идеология и валидизма, разглеждащи инвалидите като безпомощни същества. Подобен медикалистки и дискриминационен подход се открива в основата на отнемането на възможността за достъп дори до правото човек сам да решава съдбата си. А това вече е твърде сериозен процес на маргинализация, който обикновено довежда до едно постоянно състояние на социална изключеност на инвалидите и до почти тотална зависимост от социалните служби и благотворителните организации и предоставяните от тях помощи.

Точно за това говори Егорова по-нататък. Социалните служби са така организирани отгоре и от професионалистите по социална работа, че лишават инвалидите от правото на “самостоятелен избор, от вземане на решения и от управление на собствените си жизнени ситуации” (Егорова, С. 2002). Тук решенията се взимат по-често от социалните работници, отколкото от самите инвалиди. Обратното е възможно, но в повечето случаи с цената на загуба на достъп до социалните служби и до предлаганите от тях социални услуги, т.е. с цената на някаква вид и степен на социално изключване.

При този модел на инвалидността **отношенията, в които влизат инвалидите и професионалистите**, занимаващи се с оказване на социална помощ и с извършване на социална работа с инвалиди, **не са спонтанно възникнала форма на социални интеракции**. Тъкмо напротив, те са регламентирани от редица правни (формални) и общоприети (неформални) норми и предписания. В тази регулация често е възможно да бъде открита една едностранчива екстраполация на Парсъновата теория за ролята на болния и взаимоотношенията между лекар и пациент, върху социалните интеракции на инвалидите и социалните работници, като съществуващият очевиден дисбаланс във властта на двете страни (лекарят е доминиращата страна, а пациентът - пасивната, подчинената страна) тук е запазен, а лекарят е заменен със социалния работник, а болният - с инвалида. Тази екстраполация не спира дотук. Тя се пренася и върху социалните интеракции с другите представители на т.нар. “помагащи професии” (Егорова, С. 2002) - психолози, юристи, педагози. Начинът на извършване на т.нар. социална оценка – само и единствено по документи – експертно решение на териториалната експертна лекарска комисия и молба, подадена от инвалида, е добър пример и доказателство за това.

За социалната политика към и социалната работа с инвалиди в контекста на съвременното социално законодателство

Основните правни документи, които формират социалната политика към инвалидите, а оттук - и социалната работа с тях, са Законът за интеграция на хората с увреждания и Законът за социално подпомагане. Самият факт, че политиката към инвалидите основно се оформя от два закона, единият от които е за социално подпомагане, вече ни насочва към административния модел на инвалидността.

Нека се спрем по-подробно върху Закона за интеграция на хората с увреждания, без да имаме претенции за прецизен и детайлен анализ и без да отричаме, все пак, съществуването на някои негови достойнства. Анализът му ще ни позволи да оформим до известна степен и картината на социалната политика към инвалидите.

Съществуват поне два фундаментални проблема. Първият е свързан с въпроса кой формира, кой определя социалната политика към инвалидите? В чл. 5, ал. 1 от Закона за интеграция на хората с увреждания е казано, че „*Министерския съвет определя* (курс. мой. – Б.И.) държавната политика за интеграция на хората с увреждания”.

В една парламентарна република **формирането** на обща и конкретна социална политика би трябвало да се извършва от Парламента (Народното събрание), а избраният от него Министерски съвет би трябвало само да изпълнява тази политика. При така направената формулировка в закона, за която става дума, се сблъскваме с отказ на Парламента да формулира социалната политика към инвалидите и с прехвърлянето на тези права и пълномощия върху Министерския съвет. Политическата практика обаче говори, че по-скоро става дума за изземване на функции от страна на МС на РБ от НС на РБ. Доказателство за това е и практиката, при която всеки закон (в т.ч. и Законът за интеграция), за да заработи, се нуждае от Правилник за прилагане на закона и от многобройни указания от съответния ресорен министър. Последствията от това са, че МС на РБ разработва Стратегии, които съществуват, докато продължава мандатът на този МС, който ги е приел. Същото, в общи линии, е валидно и за даден закон и за поднормативните документи към него.

Така социалната политика към инвалидите е следствие не от необходимостта да се решават по адекватен и траен начин проблемите на инвалидите, а от потребностите на управляващата в даден момент политическа сила (политическа конюнктура) и прилаганата вербална еквилибристика (пропаганда). Персонифицирането на министъра на труда и социалната политика (а не на Министерството на труда и социалната политика) като субект, който провежда държавната политика за интеграция на хората с увреждания, само потвърждава това.

Вторият проблем е свързан с факта, че в Закона за **интеграция** на хора-

та с увреждания **липсва определение на понятието „интеграция“**, сякаш то се разбира от само себе си. Така при внимателен прочит на текстовете се оказва, че едва 42% от членовете на закона са пряко свързани с това, което *евентуално би означавало „интеграция“* на инвалидите, 29% от членовете имат косвена връзка и 29% имат твърде опосредена (за да не кажем никаква) връзка с процесите на интеграция. Така всичко, което се прецени, може да бъде въведено в или изведено от смисловото пространство на интеграцията.

Като „нов“ момент в Закона за интеграция на хората с увреждания може да се приема въвеждането на т.нар. социална оценка. В чл. 10 се казва, че оценяването на „увреждането се извършва чрез медицинска експертиза и социална оценка“, а в чл. 12, ал. 1 се обезсмисля „социалността“ ѝ, защото тя се извършва „въз основа на медицинската експертиза“. С други думи, имаме „социална“ оценка, основана единствено на медицински критерии (медикализация). Тя се извършва от специално създадени, според нормите на закона, консултативни (медикалистка терминология) комисии към дирекциите „Социално подпомагане“ на Агенцията за социално подпомагане. Тук ясно се очертава административният модел на инвалидността и респективно една социална политика, в основата на която стои социалното подпомагане на инвалидите. Ако това не е така, защо тези комисии не бяха създадени например към Бюрата по труда на Агенцията по заетостта?!

Не е ясно също така, как представителите на НОИ, на Агенцията за социално подпомагане, на общината, в която се извършва оценката, експертът от Бюрото по труда (т.е. членовете на комисията) ще направят **социална оценка** за потребностите от рехабилитация, на възможностите за професионална реализация и на възможностите за социална интеграция, **без** да разполагат за това със съответната система от **социални критерии**, чрез които да извършват **социална оценка на социални проблеми**. Това става на основата на „медицинската експертиза“. Така на практика започват да изплуват различни абсурди. Например: инвалид с оценка от медицинската експертиза „91% загубена работоспособност без чужда помощ“, който работи, интегрирал се е в множеството социални групи и общности, в живота на които участва, изпълнява без проблеми присъщите за него социални роли, получава следната социална оценка. В раздел „Констатации“, т. 3 е записано: „няма възможност за социална интеграция“. В раздел „Препоръки за необходимите мерки за социално включване“ е записано: „...2. няма възможност за трудова дейност;... 4. няма препоръки за социални услуги; 5. лицето е с ограничени възможности за социална интеграция“.

Тук чрез административния и формален подход към самата социална оценка и при извършването ѝ се демонстрира и силата на институциите да **етикетират** своите клиенти, като ги класифицират в категории, които сами по себе си могат да се разглеждат като своеобразен етикет (или стигма) и по този начин

да проявяват валидизъм, т.е. да дискриминират клиентите си – нещо, което се забранява от Закона за интеграция на хората с увреждания. Освен това зад този формализъм прозира, според нас, една своеобразна съпротива от страна на социалните работници срещу въвеждането на тази оценка и срещу начина на извършването ѝ.

И още нещо. Наред с другите проблемни норми, съпътстващи социалната оценка, не е ясно пред кого и как може тя да се обжалва, след като е определяща по отношение на правата на инвалидите.

Сериозни проблеми по отношение на социалната работа с инвалидите създава и самият Правилник за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания. Освен, че между закона и правилника на места последователността е несъгласувана, правилникът е обърнат предимно към и урежда статута и йерархията на социалните служби (административен модел), като същевременно ползването му най-вероятно ще става след множество допълнителни указания за прилагане на отделните текстове от закона и правилника.

Голяма неяснота има и в определенията на основните понятия на Закона за интеграция на хората с увреждания. И ако в художествената литература и журналистиката например се толерира многозначността, многоаспектността на смисловото съдържание на думите (понятията), то в социалните науки и в правото това е недопустимо. Въпросът за това как се формулират основните понятия в един нормативен документ е изключително важен според нас, защото трябва да се държи сметка, че дефинициите на основните понятия, освен теоретично значение, имат и много голямо практическо такова “преди всичко от оперативна гледна точка, т.е. от гледна точка на профилактиката и лечението, рехабилитацията, а също и от гледна точка на признаването на определени права и забрани, например работа при определени условия” (Kurzynowska 1997: 10-12). Разглеждането на дефинициите от последната гледна точка представлява отправен пункт за нормативно уреждане на проблемите. С други думи, регулирайки признаването на определени права, задължения и забрани, дефинициите на отделните понятия (използвани в нормативната уредба) получават своеобразно правно “овластяване”. Така “овластеното” понятие освен характеристиките, споменати по-горе, трябва да съдържа в себе си и да изразява тези права, задължения и забрани. И ако то е погрешно или непълно формулирано, последствията могат да бъдат свързани със загуба на права или с прекомерни забрани за участниците в даден процес, а това, в контекста на инвалидността, обикновено се свързва с дискриминация или сегрегация на инвалидите, с нарушаване или отнемане на определени техни права.

Освен че наименованието „човек с трайно увреждане” е медицинско наименование и определено не се свързва със социалния модел на инвалидността, формулировката му го „въвежда” в медикалисткото смислово пространство, а и то не е в унисон със заглавието на закона, в което отсъства тер-

минът „трайно”.

Особено неразбираема е дефиницията на понятието „непряка дискриминация”. Оттук последствията за даден човек с увреждане могат да бъдат такива, че определени актове или действия се превръщат в недоказуеми като непряка дискриминация и, ergo, не е възможно да се отстрани тяхното негативно въздействие.

С подобен проблем се сблъскваме и в Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане. В допълнителните разпоредби на правилника, в т. 18 понятието „социален асистент” е определено така, че в крайна сметка не е ясно какво е „социален асистент”. Това показва чисто административния подход към проблемите на независимия живот и предоставянето на услугите „личен асистент” и „социален асистент”. Тази неяснота засилва ролята на социалните работници и ни връща към „властовия” модел на отношения между инвалидите и социалните работници, в който на инвалида е отредена подчинена позиция.

Според действащата социална политика в страната, лични асистенти могат да бъдат близките, които се грижат за инвалидите. В това няма нищо лошо, но се наблюдава администриране и медикализация на тази важна услуга. Те произтичат от това, че личният асистент се назначава от службите за социално подпомагане. Програмата за предоставяне на услугата „личен асистент” на инвалидите е насочена към борба с безработицата сред не-инвалидите, а инвалидите отново са поставени в ролята на обекти на социална политика. Освен това, правото за получаване на услугата „личен асистент” се основава на медицинската експертиза на работоспособността, т.е. тя изцяло е базирана върху медико-клинични критерии. Така се пренебрегват реалните потребности на много инвалиди, които не са получили оценка „над 90% загубена работоспособност с право на чужда помощ”, но се нуждаят от лично или социално асистирание.

Администрирането и медикализацията на услугата в България са закрепени и в Правилника за приложение на Закона за интеграция на хората с увреждания. В чл. 53 на Правилника е регламентирана помощта, която могат да получат „трудноподвижни лица с над 90 на сто намалена работоспособност, които се нуждаят от чужда помощ”. Тази помощ се свежда до ползване на придружител в рамките на 10 часа годишно. Включването на Съюза на инвалидите в България като „разплащателна каса” на и за услугата едва ли я прави по-социална и по-адекватна на потребностите. Най-малкото, защото за 10 часа на година е интересно какви „посещения на държавни, общински, здравни, образователни и други институции” могат да се направят и какви проблеми ще се решат с тези посещения. Особено в по-големите градове, като София, Пловдив, Варна и др. И още, не е ясно тази услуга от кого се предоставя – от личния или от социалния асистент.

* * *

Дори само този кратък и фрагментарен анализ на някои аспекти на социалната политика към и социалната работа с иваиди в България показва, че:

- съществуващите проблеми често не се решават адекватно, а някои от тях дори се задълбочават;

- отдавна съществуващата необходимост от непрекъснати социологически и интердисциплинарни изследвания върху инвалидността и иваидите в България не само че не е отпаднала, а се е задълбочила;

- крайно време е НПО на и за иваиди, държавните и общинските институции да осъзнаят, че не може да се формира адекватна на потребностите на иваидите и отговаряща на съвременните тенденции социална политика, без да се извършват съответните социологически и интердисциплинарни изследвания.

Създаването на Национален съвет за интеграция на хората с увреждания и включването в него на НПО на и за иваиди, които са национално представени, което не е ново явление, още не е гаранция за това, че ще бъде създавана подходяща социална политика към иваидите. За съжаление новите нормативни документи, независимо от безспорно добрите намерения на техните создатели, само доказват тази теза.

Бележки:

1. Съвременните дискурси за това как се определя, респективно как се схваща инвалидността, всъщност са дискурси за “смысловото пространство”, в което се разполага инвалидността (Тарасенко, Е. 2003). То може да бъде разделено на две относително самостоятелни смысловни пространства:

- първото е медико-клиничното (медикалистко) пространство. Това е “светът” на аномалията, на аномалността, на патологията. Тук до голяма степен се “заличава” социалната същност на човека, като приоритет се дава на биологичното, на “клиниката”. Индивидът се разглежда преди всичко като нозологична единица, като физическа система (според биомеханическия модел на болестта), която може да се повреди и да излезе от работен режим, респективно, тогава тя се нуждае от лечение (и/или медицинска рехабилитация), за да бъде върната в “работно състояние” (Джери, Д., Джери 2001: 56-57). В медико-клиничното пространство инвалидността е *locus standi* (установено положение) на аномалност, т.е. тя се разглежда “като частен случай на медицинската патология, която се различава от “нормата” (Тарасенко, Е. 2003), така, както се схваща и в теорията за личната трагедия (Oliver. M. 1990; Shakespeare, T. 1996: 25-35).

- второто е социалното пространство. Тук приоритет се дава на социалната същност на човека, без да се игнорират нито биологическата му страна, нито медико-клиничните елементи на инвалидността. Последната се разглежда предимно като социален конструкт, като един от многото възможни индивидуални модели и/или стил на живот.

2. Валидизмът представлява идеология и практика на дискриминация на иваидите, основани на предрасъдъци, негативни стереотипи и социални представи за техните физически, сензорни и умствени увреждания, а оттук - и за техните възможности. С валидизма обозначаваме действия, насочени срещу иваидите, действия, които им приписват

(или отричат) определени качества, като по този начин ги стигматизират и/или етикетират.

Понятието валидизъм е изведено от латинския термин „*validus*” – здрав; *валиден пред закона*. С понятието валидизъм се символизира стремежът на по-голямата част от не-инвалидите да абсолютизират здравето като някаква имагинерна, изначално дадена и вечно присъща на носителя ѝ величина, да абсолютизират липсата на ограничения във възможностите за извършване на ежедневни дейности и изпълнение на социални роли, както и отричането на правото на другите да бъдат различни вследствие на своето здравословно състояние, структуро-анатомични, личностни и интелектуални особености.

3. В международното движение на инвалидите се говори предимно за два модела на инвалидността – медицински и социален. Според нас е по-добре да се говори за две основни смислови пространства (виж бел. 1). Социалният модел на инвалидността предполага, че тя възниква вследствие на ограниченията, които изпитва индивидът, засегнат от нея, като се започне от индивидуалните предрасъдъци и се стигне до институционалната дискриминация, от недостъпното за инвалидите публично строителство до неприспособената за тях транспортна система, от специализираното образование до изключващите инвалидите от пазара на труда решения. Валидизмът, дискриминацията на инвалидите не са проблеми, които произтичат от техните ограничения, а от социалното обкръжение (виж напр. Spoieczny... 1998)

Така основните елементи в социалния модел на инвалидността са свързани с това, че тук инвалидите са субекти на социалната политика. За тях са създадени условия активно и равнопоставено с останалите граждани да участват в живота на обществото. Основните проблеми се припознават в социалната среда и във възможностите за социално включване и независим живот, които предоставя тази среда. С други думи, основните проблеми се припознават в самата организация на обществото, а инвалидността се разглежда като социален конструктор.

4. Този модел се разглежда като продължение или модификация на медицинския (в частност на трудово-медицинския) модел на инвалидността. Възникнал е в САЩ след Втората световна война, когато немало военноинвалиди изпитват необходимост от медицинско лечение, психологическа терапия за интеграция в обществото и специални държавни мерки за навлизане в трудова дейност (Kaplan, D., Saxton, M. 2001). Част от тези мерки е въвеждането на квотния принцип в предприятията (определяне на задължителен брой работни места, предназначени за инвалиди), което днес според много изследователи може да се разглежда като дискриминационна мярка (Тарасенко, Е. А. 2003: 55).

Главният проблем за инвалидите от гл.т. на рехабилитационния модел е, че тялото или психиката на болния (респ. на инвалида) не съответстват на нормата и се нуждаят от медицинско лечение и рехабилитация, за да се отстранят или компенсират възникналите функционални разстройства и да се възстанови трудоспособността. И тук, както при медицинския модел, основният момент е отклонението от нормата и въпросът за трудоспособността на човека, разглеждан предимно като източник на физическа сила (Тарасенко, Е. А. 2003: 54). В рехабилитационния модел на инвалидността се откриват елементи от теорията на Т. Parsons (1951) за ролята на болния и ролята на медицината като инструмент за социален контрол, както и елементи от теорията за личната трагедия на М. Oliver (1989).

В рамките на този модел социалните институти, институциите, свързани с труда и заетостта на хората, както и държавните институции, се смята, че са създадени предимно за не-инвалидите, като се изхожда от идеологемата (стигмата), че “такава страна на нор-

малния живот, каквато е работата, е свършено недостъпна за мнозинството от инвалидите” (Тарасенко, Е. А. 2003: с. 55). Ergo, те трябва да бъдат рехабилитирани - или в затворени институции, какъвто беше случаят в бившите социалистически страни, или в по-отворени институции, но под съответния надзор на медицината (респ. медицинската рехабилитация) в т. нар. западни общества с развита пазарна икономика. С други думи, същността на рехабилитационния модел се състои в това, че за да се адаптира инвалидът към и да се интегрира в социума, не е необходимо да се разглежда промяната на този социум в съответствие с интересите и потребностите на инвалидите, а е необходимо да се възстанови или да се върне организъмът към нормата, обоснована и формулирана единствено чрез и на основата на медико-клиничните показатели.

Литература:

Волгина, Н. А. (ред.) *Социальная политика: Учебник.* (2003) М.: Экзамен.

Джери, Д. Д. Джери. (състав.) (2001) *Большой толковы социологический словарь.* (Collins): Пер. с англ. М.: Вече; АСТ. Т.1 (А-О).

Егорова, С. В. (2002) Социальное конструирование в структуре современных представлений об инвалидности. В: *Социология и социальная работа*, No 3.

Преодолеваем барьеры инвалидности. (1997) М.: Институт социальной работы.

Тарасенко, Е. А. (2003) Модели инвалидности. (Конструирование национальной концепции социальной политики). В: *Управление здравоохранения*, No 8.

Ярская-Смирнова, Е. Р. (1999) Социальное конструирование инвалидности // *Социологические исследования.* №4.

Ярская-Смирнова, Е. Р. (2001) Мужество инвалидности // *О мужественности.* Сб. статей под ред С. Ушакина. Москва: Новое литературное обозрение.

Campbell, F. (2001) Disability as Inherently Negative? Legal Fictions and Battles Concerning the Definition of Disability // *Disability with Attitude: Critical Issues 20 Years after the International Year of Disabled Persons.* Conference. Sydney. Feb.

Hughes G. (1998) A Suitable Case for Treatment? Constructions of Disability // Saraga E. (Ed.) *Embodying the Social: Constructions of Difference.* Sage and the Open University, London.

Kaplan, D., M. Saxton (2001) Disability Community and Identity: Perception of Prenatal Screening. [On-line] // *Disability Studies Quarterly.* Fall. Vol. 12 N 2. Date of access: 2003. March 7.

Kurzynowski, A. (1997) Rola nauki w realizacji “Rzeczpospolitego programu dzialan na rzecz osob niepełnosprawnych i ich integracji ze społeczeństwem”. В:

Problemy Rehabilitacji Spolecznej i Zawodowej, nr 2 (152).

Oliver, M. (1989) Disability and Dependency: A Creation of Industrial Societies // Barton L. (Ed.) *Disability and Dependency*. London, New York, Philadelphia: The Falmer Press.

Oliver, M. (1990) *The Politics of Disablement*. London: MacMillan.

Parsons, T. (1951) *The Social System*. Glencoe, Ill., Free Press.

Pfeiffer, D. A. (2002) Comment on the Social Model(s). [On-line] *Disability Studies Quarterly*, 2002, Fall. Vol. 22. N4. Date of access: Feb. 19. 2003.

Shakespeare, T. (1996) "What is a Disabled Person?" In *Disability, Diversity and Legal Change*, eds. Jones, M. and Basser Marks, L. International Studies in Human Rights. Vol. 56. The Hague: Martinus Nijhoff Publishers.

Spoieczny model niepełnosprawności. (1998) W: "Problemy Rehabilitacji Spoiecznej i Zawodowej", nr 1 (155).

Нормативни документи

Закон за интеграция на хората с увреждания. (ДВ, бр. 81/2004) Обн. ДВ, бр.81 от 17 септември 2004 г., изм. ДВ, бр.28 от 1 април 2005 г. [<http://lex.bg/laws/ldoc.php?IDNA=2135491478>].

Закон за социално подпомагане. (ДВ, бр. 56/1998) Обн. ДВ, бр.,56 от 19 май 1998 г., изм. ДВ, бр.45 от 30 април 2002 г., изм. ДВ, бр.120 от 29 декември 2002 г. [<http://lex.bg/laws/ldoc.php?IDNA=2134405633>].

Правилник за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания. (ДВ, бр. 115/2004).

Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане. (ДВ, бр. 133/1998) Обн. ДВ, бр. 133 от 11 ноември 1998 г., изм. ДВ, бр. 38 от 23 април 1999 г., изм. ДВ, бр.42 от 5 май 1999 г., доп. ДВ, бр. 112 от 23 декември 1999 г., изм. ДВ, бр.30 от 11 април 2000 г., изм. ДВ, бр. 48 от 13 юни 2000 г., изм. ДВ, бр. 98 от 1 декември 2000 г., попр. ДВ, бр. 100 от 8 декември 2000 г., изм. ДВ, бр.19 от 2 март 2001 г., изм. ДВ, бр.97 от 13 ноември 2001 г., изм. ДВ, бр. 26 от 12 март 2002 г., доп. ДВ, бр. 46 от 7 май 2002 г., изм. ДВ, бр. 81 от 23 август 2002 г., изм. ДВ, бр. 118 от 20 декември 2002 г., изм. ДВ, бр. 40 от 29 април 2003 г., изм. ДВ, бр. 115 от 30 декември 2004 г., изм. ДВ, бр.31 от 8 април 2005 г. [<http://lex.bg/laws/ldoc.php?IDNA=-13038592>].

**SOME BASIC ASPECTS OF THE SOCIAL POLICY TOWARDS
DISABLED PEOPLE AND THE SOCIAL WORK WITH THEM
IN BULGARIA WITHIN THE CONTEXT OF THE NEW
INTEGRATION OF DISABLED PERSONS ACT**

Bojidar Ivkov

This paper reviews in details the medical and administrative models of disability and on this basis analyses in details the newly adopted Integration of Disabled Persons Act. It discusses a number of problem spheres resulting directly from the Act – performance of the social assessment of the disability only on the grounds of medical criteria and indexes for instance. Priority in this course of assessment is given to the Agency for social support and the social workers, which leads to legalization of the administrative model of disability in the social policy towards and social work with disabled people. It is accented the power of institutions to label their clients – the disabled people. Attention is drawn on the problem of the role of definitions in the acts. The recourses of “vesting powers in” the terms in individual act and the importance of clear and unambiguous definitions of the basic concept to be available is traced out. Report accounts also for the serious faults in the definition of such basic concepts as “injured person”, “personal assistant”, etc. Nevertheless only as a note, it is concerned also the issue of validity, which is here interpreted and perceived as ideology and practice of discrimination in respect to disabled people, based on prejudices, negative stereotypes and social attitudes towards their physical, sensor and cognitive problems and therefore for their abilities. Validity is used to indicate activities directed against disabled people, activities, ascribing them (or denying) particular qualities, stigmatizing them and /or labeling them in this way. Some problems of the social work with disabled people within the context of the newly adopted Integration of Disabled Persons Act are concerned.