

**Т.С. Джаниева, О.С. Орлова**

## Становление национальной системы психолого-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья в Республике Казахстан (1–2 этап)

Статья посвящена проблеме развития системы комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в Республике Казахстан. Авторы рассматривают исторические предпосылки эволюции создания современной системы психолого-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья на территории Республики Казахстан.

**Ключевые слова:** система комплексной психолого-педагогической помощи, лица с ограниченными возможностями здоровья, предпосылки развития региональной модели реабилитационной помощи.

Процесс развития региональных моделей психолого-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) исторически детерминирован и в значительной степени обусловлен эволюцией отношения общества к людям с отклонениями в развитии [5; 6], что определяет государственную политику в сфере их образования, медицинской и социальной поддержки. В рамках проводимого ретроспективного исследования закономерностей развития национальной системы реабилитации лиц с ОВЗ в Республике Казахстан в качестве базовых предпосылок изучаемого процесса мы рассматриваем совокупность таких показателей, как уровень их социального положения, доступность получения образования, медицинской и социальной помощи.

Становление системы реабилитационной помощи детям тесно связано с общими тенденциями изменения социальной политики в отношении лиц с ОВЗ, отражающей представления общества о необходимом уровне оказываемой им социальной, медицинской и образовательной поддер-

жки. Как и в странах Западной Европы и России, в Республике Казахстан были пройдены все пять этапов изменения отношения общества к лицам с отклонениями в развитии, что оказывало закономерное влияние на государственную политику в области образования, медицинской и социальной поддержки лиц с ОВЗ. При этом каждый из пройденных этапов эволюции социального положения инвалидов и других предпосылок создания системы реабилитационной помощи для них имеет свои особенности и временные границы.

В Западной Европе и России *первый этап становления системы социальной поддержки детей с нарушениями развития* характеризуется изменением отношения общества от отторжения и агрессии к осознанию необходимости оказания лицам с ОВЗ помощи, организации для них социальных приютов. Сравнительный анализ особенностей становления системы социальной поддержки и образования лиц с ОВЗ в Западной Европе, России и Республике Казахстан указывает на наличие существенных отличий как в хронологических границах этого этапа, так и в характере происходящих социальных трансформаций.

Для этого периода характерно преобладание *религиозной (моральной) модели инвалидности*, в рамках которой нарушение рассматривается либо как высший знак, либо как кара, наказание за грехи. Подобные представления формируются на уровне иррациональных переживаний и вытесняемых на подсознательный уровень сильных эмоциональных состояний (чаще, страхов), возникающих при взаимодействии с инвалидом. В основе возникновения такой точки зрения лежит страх перед физической или психической неполноценностью. Механизмы психологической защиты в этом случае вырабатывают когнитивный стереотип, объясняющий возникновение болезни последствиями неправильного образа жизни, наличием грехов или проступков. В других случаях инвалидность воспринимается как признак принадлежности к особой божественной миссии, приближенность к высшему духовному началу, при этом инвалиду приписываются различные сверхвозможности, дар предвидения, способности к целительству и т.п.

Несколько иначе складывается ситуация с социальным положением лиц с ОВЗ на территории Казахстана. По мнению историографов и этносоциологов (Н. Алимбай, А. Гумбольдт, В. Даль, Н.Л. Жуковская, Г. Зелинский, К.Ш. Нурланова, Т.А. Сулейменов, А. Янушкевич и др.), социальное устройство жизни кочевых народов, их национальная философия, государственное устройство и законодательство имели значительные отличия от западноевропейского или российского. Особенностью кочевых культур является то, что их жизненное функционирование осу-

ществляется в суровых природных условиях. Человек, в мировоззрении кочевника, – неотъемлемая часть этого мира, вся жизнь его подчинена природным ритмам, находится в гармонии с природой и регулируется естественными биологическими процессами.

Вероятно, в силу ранней смертности младенцев с выраженными физическими нарушениями развития, в исторических документах практически отсутствуют сведения об их существовании в условиях кочевых племен. В зимний период каждого родившегося младенца бросали в снег, а затем кутали в тулуп, при этом считалось, что эта процедура способствует стимуляции физического здоровья и выносливости ребенка.

Первые документальные свидетельства государственной регуляции отношения общества к лицам с нарушениями развития содержатся в своде указаний к организации социального устройства в созданных Чингисханом учениях «Жасақ» и «Билік», и отраженных в положениях «Ясы» (свод законов, принятый Чингисханом в 1206 г.). Чингисхан придавал принципу социальной справедливости статус закона, и считал, что взаимное уважение в семье, в ауле, в родовой общине очень важны для формирования личности ребенка. Чингисхан впервые сформулировал требование о равноправном отношении в родовой общине всех взрослых ко всем детям, как к своим родным детям, и недопустимости того, чтобы физически сильные дети обижали слабых ровесников. После завоевания Чингисханом казахских территорий (1216–1241 гг.) созданные им основы государственного устройства и законодательного регулирования социальных отношений распространились и на кочевые племена Казахстана.

Уже в период раннего средневековья (VII–VIII вв.) на территории Казахстана функционировали многочисленные мектебы (начальные мусульманские школы) и медресе (религиозные учебные заведения средне-высшего типа). Мектебы находились в аулах, почти в каждом населенном пункте. Учителями были приходские муллы, которые содержались в основном на средства населения. Учащиеся занимались осенью и зимой (4–6 месяцев в году), курс обучения – 4 года, детей обучали с 7 лет. Обучение в мектебе было платное в натуральной форме, экзамены не проводились, свидетельства об окончании не выдавались. Процесс обучения состоял в заучивании арабских букв и слов, а потом чтении и зубрежке текстов Корана на арабском языке. Медресе являлись не только очагами мусульманского образования, но выполняли функцию культурных и образовательных центров, в которых получали образование ведущие ученые и политики того времени.

Анализ исторических свидетельств состояния медицинской помощи на территории Казахстана того времени позволяет сделать вывод о ее недо-

статочности и малой эффективности. Существуют лишь свидетельства о повсеместной народной медицинской практике, корни которой уходят в глубокую древность. Изучение дошедших до нашего времени письменных источников свидетельствует, что в народе на основе практического опыта многих поколений накапливались и культивировались различные знания и навыки по врачеванию, в одних случаях приносящие пользу людям, в других – явный вред, в-третьих – оказывавшиеся индифферентными. Для лечения населения широко использовали лекарственные травы, народные целители умели оказывать хирургическую помощь.

На основании исследования исторических материалов С.Х. Душманов сделал вывод о том, что до присоединения Казахстана к России на его огромной территории научной медицины не существовало. Лечебная помощь населению оказывалась лекарями (даргерами), которые использовали средства и методы народной медицины и шаманами (баксы) на основе магических обрядов [2]. Только с процессом присоединения к России, начало которому положил Младший жуз в 1731 г., и организацией оборонительных укреплений в регионе впервые стали появляться медицинские учреждения.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что *на первом этапе еще не существует государственных систем образования, медицинской и социальной помощи населению, которые выступают необходимыми предпосылками создания системы реабилитации лиц с ОВЗ.*

*Второй этап* эволюции социального отношения к лицам с ОВЗ в странах Западной Европы охватывает период с XIII в. по конец XVIII в. В этот период западноевропейская цивилизация проходит путь от осознания необходимости элементарного социального патронажа людей с отклонениями в развитии в условиях приютов или монастырей до осознания возможности обучения некоторых из них.

В России этот период начался в XVIII в., т.е. на 500 лет позже, чем в Европе, его продолжительность составила 100 лет, и завершился данный период в те же сроки, что и на Западе, открытием первых школ для глухих и слепых детей (начало XIX в.). Однако знакомство России с эффективным опытом индивидуального обучения детей с нарушением слуха и зрения не приводит к попытке организации такого обучения. Даже семьи, относящиеся к привилегированным сословиям, не обнаруживают потребности в организации обучения своих детей-инвалидов.

Несмотря на то, что начиная с 1734 г. процесс принятия казахскими жузами русского протектората и присоединения к России осуществлялся интенсивно, эта тенденция практически не оказала положительного влияния на состояние образования, медицинской и социальной помощи насе-

лению Казахстана. Процесс присоединения казахских степей к России длился более ста пятидесяти лет. Во второй половине XIX в. Казахстан был полностью присоединен к Российской империи. Несмотря на то, что в России в этот период активно внедрялась система всеобщего образования, в Казахстане по-прежнему подавляющая часть населения оставалась безграмотной. В этот период появились лишь отдельные образовательные учреждения. Так, при Змеиногорском свинцово-цинковом руднике (Восточный Казахстан) была открыта школа для детей горнозаводских рабочих, а в 1786 г. в г. Омске была основана «азиатская школа» для подготовки переводчиков, куда принимали казахов. Первая официальная школа для казахских детей была открыта при мечети у Менового двора г. Оренбурга в 1789 г. Детям казахской феодально-родовой знати (султанов, биев и старшин) был разрешен доступ в Неплюевский (1825) и Омский кадетские корпуса (1846). Были открыты первые светские казахские школы: в Ханской ставке Букеевской Орды (1841), при Оренбургской пограничной комиссии (1850) и др. Однако в документальных источниках этого периода не встречается упоминаний о том, что дети с отклонениями в развитии получали образование в какой-либо форме.

Характеризуя уровень развития медицинского обеспечения, необходимо отметить, что после присоединения Младшего жуза к России на территории Казахстана появились врачи Пограничных комиссий, которые не занимались лечением местных жителей, а лишь осуществляли эпидемиологический надзор с тем, чтобы не допустить проникновения эпидемических болезней в центральные губернии России. Лишь через 100 лет после присоединения к России, в 1832 г., впервые было разрешено иметь врача для медицинского обслуживания населения, в 1845 г. была учреждена общественная больница на 15 кроватей, в которой могло лечиться бесплатно местное население. Однако медицинская помощь коренному казахскому населению осуществлялось лишь эпизодически, т.к. имевшийся медицинский персонал из-за своей малочисленности не мог удовлетворить потребности в лечебной помощи населению. В такой форме медицинское обслуживание населения в Казахстане просуществовало до 1868 г. и сменилось появлением уездной медицины (1868–1898 гг.), которая была введена Медицинским департаментом Министерства внутренних дел после присоединения к Российской империи остальных жузов Казахстана: Среднего и Старшего. В результате произошедшей реформы впервые для обслуживания коренного населения Казахстана были учреждены должности уездных врачей, фельдшеров и повивальных бабок. По данным исследований в области истории развития медицины Казахстана, в тот период времени на одного врача приходилось 56–77

тыс. человек населения, которые проживали на огромных территориях и не могли быть охвачены какой-либо регулярной медицинской помощью [2]. Очевидно, что при таком уровне государственной системы образования, медицинского и социального обеспечения никто и не задумывался о необходимости обучать или лечить детей с различными нарушениями развития.

*Следовательно, данный этап так же, как и предыдущий, не имеет необходимых предпосылок для развития национальной системы психолого-педагогической помощи лицам с ОВЗ.*

Таким образом, можно заключить, что на первых двух этапах в дореволюционном Казахстане не существовало специально организованной медицинской и педагогической помощи лицам с проблемами здоровья и отклонениями в развитии.

#### Библиографический список

1. Асфендияров С. История Казахстана (с древнейших времен) / Под ред. А. Такенова. Алматы, 1998.
2. Душманов С.Х. История здравоохранения Западного Казахстана: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1992.
3. Жарыкбаев К., Калиев С. Антология педагогической мысли Казахстана. Алматы, 1998.
4. Камалиев М.А., Бигалиева Р.К., Хабиева Т.Х. История народной медицины и общественного здравоохранения Казахстана. Алматы, 2004.
5. Малофеев Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Россия: Учеб. пособие для студентов пед. вузов: в 2 ч. Ч. 1. М., 2010.
6. Малофеев Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Европа: Учеб. пособие для студентов пед. вузов. М., 2009.