

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/362057921>

Modern theory and practice of social rehabilitation. Monograph.

Book · March 2021

CITATIONS

0

READS

212

11 authors, including:



Olena Chuiko

National Taras Shevchenko University of Kyiv

35 PUBLICATIONS 2 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Anastasiia Kuntsevska

Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy

16 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Olha Baidarova

National Taras Shevchenko University of Kyiv

20 PUBLICATIONS 4 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Anastasiia Holotenko

National Taras Shevchenko University of Kyiv

13 PUBLICATIONS 1 CITATION

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



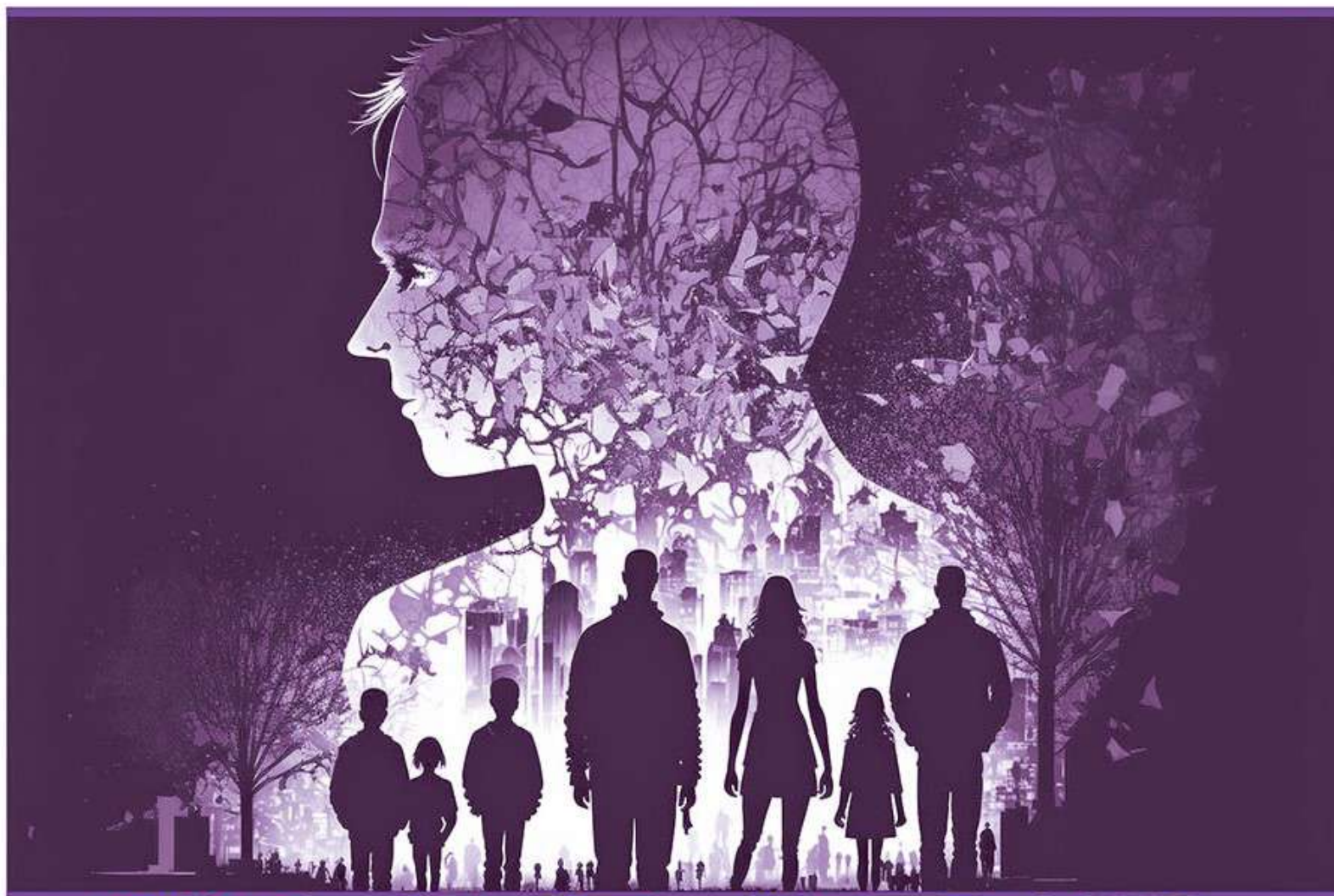
British Council Creative Spark Project [View project](#)



Understanding and awareness of human rights by high school students [View project](#)



СУЧАСНІ ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

СУЧАСНІ ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Монографія



УДК 364.4:316.6:159.923

C91

Автори:

О. В. Чуйко (розд. 5), А. В. Кунцевська (розд. 1),
О. М. Тохтамиш (розд. 2), А. М. Львовичкіна (розд. 3),
Л. А. Найдьонова (розд. 4), А. А. Голотенко (розд. 6),
В. П. Шкуро (розд. 7), Л. А. Литва (розд. 8), Ю. М. Удовенко (розд. 9),
О. О. Байдарова (розд. 10), Н. Ю. Максимова (розд. 11)

Рецензенти:

д-р психол. наук, проф. А. М. Грись
(Інститут психології ім. Г. С Костюка НАПН України);
д-р психол. наук, проф. Г. М. Бевз
(Інститут соціальної та політичної психології НАПН України);
д-р психол. наук, проф. Н. В. Завязкіна
(Київський національний університет імені Тараса Шевченка)

*Рекомендовано до друку вченою радою факультету психології
(протокол № 6 від 26 листопада 2020 року)*

*Ухвалено науково-методичною радою
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
(протокол № 2-21 від 23 лютого 2021 року)*

C91 Сучасні теорія і практика соціальної реабілітації : моно-
графія / О. В. Чуйко, А. В. Кунцевська, О. М. Тохтамиш та ін. ;
за ред. О. В. Чуйко. – К. : ВПЦ "Київський університет", 2021.
– 336 с.

ISBN 978-966-933-183-0

Досліджено соціальну реабілітацію як одну з найактуальніших тем сучасної теорії і практики соціальної роботи. Розглянуто сучасні науково-практичні проблеми соціальної реабілітації в контексті визнання права особистості на гідне життя, забезпечення рівності та дотримання принципу недискримінації в ситуації включення індивіда в соціум. Концептуалізовано практики соціальної реабілітації, які розглядаються на макро-, мезо- і мікрорівнях. Запропоновано шляхи вдосконалення соціально-реабілітаційних практик для окремих категорій реабілітантів.

Для студентів, аспірантів, викладачів кафедр соціальної роботи, наукових працівників, а також читачів, яких цікавить означена проблематика.

УДК 364.4:316.6:159.923

ISBN 978-966-933-183-0

© Чуйко О. В., Кунцевська А. В., Тохтамиш О. М. та ін., 2021
© Київський національний університет імені Тараса Шевченка,
ВПЦ "Київський університет", 2021

ПЕРЕДМОВА

Останні сім років українське суспільство переживає надскладні часи соціальних трансформацій, змін і потрясінь. Революційні протести на Майдані, війна з російськими військами на Сході України, експансія українських територій, масова внутрішня міграція населення, перманентні економічні й соціальні реформи, пандемія Covid-19 руйнують психічне і соціальне здоров'я громадян. Травми соціального характеру бентежать своєю масштабністю і пролонгованістю. У цій ситуації величезного значення набуває фахова допомога, спрямована на відновлення психічного здоров'я і соціального добробуту громадян. Серед лікарських, психологічних, юридичних практик провідне місце належить соціально-реабілітаційній роботі, основна суть і місія якої полягають у відновленні здатності людини до самостійного соціального функціонування, посиленні ресурсу стійкості, зростанні й розвитку особистості як умов повноцінного, сповненого надії й осмисленості життя. Водночас соціальна реабілітація фокусується не лише на окремій особі, яка потребує відновлення участі в усіх сферах суспільного життя, а й на соціальних групах (сім'ях), спільнотах (громадах), зміни в яких викликані впливом зовнішніх факторів кризового характеру. Звідси випливає необхідність розглядати соціальну реабілітацію як комплексну проблему, теоретико-методологічне і практико-орієнтоване обґрунтування способів підтримки соціальної рівноваги (за Т. Парсонсом), шляхи відновлення нормативних форм організації життєдіяльності (за Е. Дюркгеймом), способи інвестування в людський капітал (за Г. Беккером).

Першу частину монографії *"Методологічні засади впровадження соціально-реабілітаційних практик в Україні"* присвячено опису моделей, які спрямовані на особистісне благополуччя та якість життя реабілітантів. Описано особистісно-орієнтовану модель у соціальній роботі, яка акцентує увагу на особливостях розвитку суб'єктності клієнта реабілітаційних послуг. Фокус соціальної роботи в межах цієї моделі зміщується від ідеї забезпечення до ідеї управління клієнтом власним життям засобами підтримки розвитку його знань, здатностей і впевненості, необхідних для прийняття ним обґрунтованих рішень щодо власного здоров'я та життя; модель особистісного та психологічного зростання людини в реабілітаційному контексті, у якій зростання розглядається як потужний ресурсний чинник реабілітаційного процесу; соціальну модель інвалідності, у якій, на противагу медичній, основну увагу звернено на провідну роль людини,

її особисту активність і участь у різноманітних сферах соціального життя – спілкуванні, навчанні, соціокультурному житті, праці, спорті, де її потенційні можливості та здатності можуть бути реалізовані завдяки доступності середовища, що є необхідною умовою для соціальної діяльності. Крім того, обґрунтовано методологічні засади соціальної реабілітації постраждалих спільнот, проаналізовано моделі "одужання" спільноти від наслідків природних катастроф, особливості відновлення спільноти після травми війни.

У другій частині *"Створення середовища відновлення: організаційні та змістові характеристики"* увагу сфокусовано на описі найбільш загального підґрунтя соціальної реабілітації, яке стосується забезпечення прав і свобод людини. Ідеться про доступність середовища, яке робить можливим соціальне функціонування індивіда, є необхідною умовою його включення в соціальний контекст. Доступність включає не лише містобудівельні зручності, а й широкий спектр умов: освітньої, кадрової, культурно-дозвіллевої, комунікації, соціальних мереж, стосунків тощо. Проаналізовано практики впровадження інклюзивного середовища в університетах, особливості створення підтримуючого середовища у громаді як умови інтеграції внутрішньо переміщених осіб, проблеми впровадження універсального дизайну та інклюзивності в міський простір, утворення середовища відновлення територіальної громади як суб'єкта самоорганізації соціально-економічної життєдіяльності.

Третю частину *"Соціально-реабілітаційні практики в роботі з дітьми та дорослими"* присвячено опису і концептуалізації практик соціальної реабілітації, які наразі впроваджуються в Україні. Представлено сучасні підходи до роботи з дітьми та батьками, які перебувають у складних життєвих обставинах, і авторську типологію соціально-реабілітаційних практик для дітей в Україні, практику використання груп взаємопідтримки для активізації індивідуальних і колективних ресурсів з подолання наслідків екстремальних подій на прикладі функціонування груп взаємопідтримки під час подій 2014 року на Майдані; розкрито специфіку роботи реабілітаційних центрів різних форм власності й підпорядкування; показано модель оцінювання діяльності центрів соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою.

Монографія підготовлена в контексті виконання наукової теми кафедри соціальної реабілітації та соціальної педагогіки факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка "Технології соціальної реабілітації в умовах трансформації суспільних процесів" (державний реєстраційний номер 0116U007570).

ЧАСТИНА I

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРАКТИК В УКРАЇНІ

Розділ 1

ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНІ МОДЕЛІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

У розділі розглянуто особистісно-орієнтований підхід, оснований на ідеях К. Роджерса, за яким визнається право користувачів соціальних послуг на бажаний спосіб життя і прийняття власних рішень щодо забезпечення соціального сервісу, а активна участь користувачів визнається принциповою умовою діяльності у процесі надання допомоги. Розкрито основні принципи особистісно-орієнтованого підходу, наведено узагальнену модель допомоги, яка складається із чотирьох ключових компонентів: цілісної опіки, індивідуалізованої допомоги, турботи з повагою та розширення можливостей. Представлено найбільш популярні зарубіжні моделі реабілітаційних практик: практика, орієнтована на відновлення (Recovery-Oriented Practice); модель розуміючого підходу до реабілітації (CARE); модель особистісно-центрованого планування (Person-centered planning).

1.1. Соціальні практики, орієнтовані на особистість

Орієнтованість на особистість – категорія, що нині стає все більш звичною та широкоживаною у сфері охорони здоров'я, зокрема клінічній соціальній роботі й соціальному обслуговуванні, у країнах Європи (Нідерланди, Естонія, Чехія), Сполучених Штатах і Великобританії. Її використовують для опису такого рівню догляду, який гарантує, що пацієнт/клієнт за будь-яких обставин перебуває у фокусі процесу надання допомоги. Концепція особистісної орієнтованості (Person-centeredness) завдячує своїм існуванням гуманістичній психології, а саме роботам Карла Роджерса, у яких він із 1939 до кінця 1980-х років

рекомендував її для допомоги неблагополучним дітям, а пізніше парам, групам і сім'ям, які переживали різні соціальні й особистісні проблеми [1].

Бурхливий розвиток цієї концепції пов'язаний як із соціальними змінами, наприклад глобальним рухом за права людини, так і з економічними умовами. Дійсно, бюджет, який держави виділяють на соціальний захист і охорону здоров'я, не розрахований на реальну кількість бенефіціарів і обсяг їхніх потреб. Подібна ситуація спостерігається майже в усіх, навіть розвинених, країнах світу [2]. Спроби розподілити бюджет між усіма бенефіціарами неодмінно призводять до зниження стандарту соціальних послуг і неспроможності гарантувати їм високу якість життя.

Загроза зниження якості життя (і, як наслідок, ризик порушення прав людини) змусила спеціалістів з питань охорони здоров'я та соціальних послуг переосмислити відносини між користувачами соціальних послуг і службами, які надають їм догляд, підтримку й допомогу, і розвивати модель *співпраці* між ними, де активна участь користувачів стає принциповою умовою діяльності. Особистісно-орієнтований підхід у соціальній роботі став успішно діючою моделлю такої співпраці.

Орієнтованість соціальних практик на особистість вносить істотні зміни в концепцію роботи з пацієнтами психіатричних лікарень, людьми, які пережили травмувальні ситуації або мають інвалідність. Істотних змін зазнала також термінологія реабілітаційних практик: наприклад, поняття "реабілітація" дедалі рідше зустрічається в зарубіжних публікаціях у контексті соціальної роботи та клінічної соціальної практики, натомість скрізь бачимо термін *відновлення* (recovery). Ідея соціального відновлення як глибоко особистого, унікального процесу зміни поглядів, цінностей, почуттів і цілей, навичок та/або ролей, способу жити осмисленим, щасливим, активним життям навіть з обмеженнями, що викликані хворобою, стає центральною для соціальної роботи [3].

Фокус соціальної роботи в межах цієї моделі зміщується від ідеї забезпечення до ідеї налагодження *управління* клієнтом влас-

ним життям засобами підтримки розвитку його знань, здатностей і впевненості, необхідних для прийняття ним обґрунтованих рішень щодо власного здоров'я та життя. Отже, відбувається перехід від традиційної адаптивної моделі догляду, де клієнт змушений пристосовуватися до умов отримання допомоги, до нової, особистісно-орієнтованої моделі соціальної допомоги, яка акцентує увагу на відповідності послуги до потреб клієнта.

Визначальний принцип особистісно-орієнтованого підходу полягає не лише у прийнятті того, що люди мають право на участь у плануванні та здійсненні власної опіки, а й у визнанні важливості залучення до цього процесу сім'ї, найближчого оточення та громади. Ідеться про поглиблення розуміння всіх аспектів людського життя: соціальних, емоційних, фізичних, духовних, культурних і психічних; партнерства з тими людьми, які здатні підтримати особистий вибір клієнта.

Особистісно-орієнтований підхід визнає за клієнтом повноваження приймати рішення стосовно способу власного життя та виходить із (обґрунтованого у дослідженнях) переконання, що позитивні та змістовні взаємини і міцні соціальні зв'язки є основою хорошого самопочуття людини. Служби й організації визнають бажання та потреби клієнтів основою соціальної підтримки, починаючи від місця проживання, трудової діяльності, кола спілкування і завершуючи розпорядком дня, вибором стилю одягу, їжі й активностей, до яких вони хочуть бути залучені.

Особистісно-орієнтована соціальна практика за суттю націлена на особистісне благополуччя та якість життя. Мірою її поширення є концептуальні, методологічні й організаційні трансформації систем соціального і медичного догляду.

1.2. Особистісно-орієнтований підхід у системі соціальної роботи

Існує чимало дефініцій особистісно-орієнтованої допомоги. У західних виданнях знаходимо такі поняття, як *пацієнто-центрованість*, *орієнтованість на сім'ю*, *центрований на ко-*

ристувачеві, індивідуалізований чи персоналізований підходи. Незалежно від терміна, який вживають автори [1], дослідження здебільшого сфокусовані на значущих аспектах життя пацієнта/клієнта, особливостях і засобах забезпечення особистісно-орієнтованої допомоги.

Особистісно-орієнтований (клієнт-центрований, особистісно-центрований) підхід визнає користувачів соціальних послуг уповноваженими приймати власні рішення щодо особистого життя. Центральним концептом клієнт-центрованої теорії Роджерса є визнання того, що люди володіють ресурсами самопізнання та самолікування, а зміни та розвиток особистості можливі за умов створення відповідного клімату та фасилітуючої ситуації. Суть терапії, орієнтованої на клієнта, полягає у відносинах між двома *повноцінними особистостями*, де кваліфікована робота терапевта вимагає від нього бути самим собою. Це передбачає складне рефлексивне усвідомлення терапевтом зв'язку із собою та водночас із клієнтом, тобто він має *бути експертом у тому, щоб не бути експертом* [4].

Паралельно зі сферою соціальної роботи в медичній галузі також з'являються схожі тенденції. Наприклад, у 1960-х роках Балінт увів у науковий обіг поняття *орієнтована на пацієнта медицина*. У його концепції йдеться про якісно інші способи взаємодії фахівців із пацієнтами, що полягають у фокусуванні уваги лікаря не стільки на хворобі, скільки на розумінні пацієнтів і унікальних обставин їхнього життя [5]. З'явилися також інші тлумачення цього поняття та спроби розширити концепцію орієнтованої на пацієнта допомоги. Кінець 1970-х років вибухнув низкою праць, опублікованих людьми, які пройшли крізь виклики хвороби до зцілення. Нова ідеологія самодопомоги набувала все більшої популярності. На цей рух вплинуло багато факторів: рух за права людини, психосоціальний реабілітаційний рух, бажання подолати стигматизацію [3].

У зарубіжних наукових статтях, що розглядають вплив особистісно-орієнтованої парадигми на розвиток соціальних практик, знаходимо концепції, які ґрунтуються на визнанні пріоритету особистості у процесі догляду (табл. 1.1) [6].

Таблиця 1.1

Аналіз особистісно-орієнтованих підходів у соціальній практиці

Підходи	Основні положення
<i>Person-centred care,</i> особистісно-центрований	Підхід до практики, установлений шляхом формування та зміцнення терапевтичних відносин між усіма постачальниками послуг, клієнтами та значущим для них оточенням. Підкріплюється цінностями поваги до людей, індивідуального права на самовизначення, взаємоповаги та розуміння. Забезпечується засобами культури наснаження та розширення можливостей, що сприяє сталому розвитку
<i>Patient-centred care,</i> пацієнт-центрований	Розуміння особистого значення хвороби для пацієнта, можливість висловити його занепокоєння, ідеї, очікування, потреби, почуття; сприяння розумінню пацієнта в його унікальному психосоціальному контексті; поділ влади і відповідальності та розробка загальних терапевтичних задач відповідно до цінностей пацієнта
<i>Family-centred care,</i> родинно-центрований	Спосіб піклування про дітей та їхніх батьків, спрямований на всю родину, а не окремих її членів (усі члени родини сприймаються як одержувачі послуг)
<i>Relationship-centred care,</i> центрований на відносинах	Усі сторони, які беруть участь у догляді (особа похилого віку, сімейні доглядачі, платні або добровільні опікуни), мають почуватися безпечно у відносинах, відчувати власну причетність до цього процесу, переживати становлення й розвиток зв'язків, усвідомлювати власні цілі; відчувати прогрес, просуваючись до бажаної мети, і власну значущість
<i>Woman-centred care,</i> центрований на жінці	Сфокусований на індивідуальних потребах, очікуваннях і прагненнях жінок (усупереч потребам інституцій чи спеціалістів)

1.3. Принципи та стандарти особистісно-орієнтованої практики

М. Ліпкін, Т. Квіл та Р. Наподано (M. Lipkin, T. Quill, R. Napodano) у 1984 висунули низку вимог до фахівця, здатного забезпечити орієнтовану на пацієнта практику, які полягають у тому, що орієнтований на пацієнта фахівець мусить дотримуватися відповідних принципів, володіти базовими знаннями та навичками. Контекст інтерв'ю з пацієнтом має бути таким, що дозволяє пацієнту поділитися своєю унікальною історією, сприяє виникненню довіри та впевненості, роз'яснює симптоми, дозволяє генерувати та перевіряти гіпотези, які можуть включати психосоціальні аспекти хвороби та створювати фундамент справжньої довіри для постійних відносин [7].

Центральними принципами орієнтованості на людину є повага та інтеграція індивідуальних відмінностей при наданні допомоги. Найважливішими характеристиками соціального сервісу, орієнтованого на людину, є:

- розуміння клієнта як унікальної особистості з її особливостями, потребами, цінностями, переконаннями, уподобаннями;
- гнучкість, що передбачає надання послуг, чутливих до змін у потребах і бажаннях клієнтів [6].

Особистісно-орієнтована соціальна робота відмовляється від підходу, де фахівець вирішує, що саме є кращим для клієнта (пацієнта), і визнає центром догляду та підтримки особистість, яка виступає експертом власної ситуації та пережитого досвіду. Особистість та її близькі (якщо це можливо) стають рівноправними партнерами у плануванні догляду та підтримки, що передбачає розуміння їхніх потреб, цілей і очікуваних результатів. Підкреслюючи необхідність *робити разом* із радше ніж *робити для*, особистісно-орієнтована соціальна робота зважає як на індивідуальні, так і на групові особливості, дозволяючи користувачам послуг бути активними суб'єктами не лише у процесі здійснення підтримки, але й у розробці та наданні послуг.

Особистісно-орієнтована соціальна робота заснована на низці визначальних принципів:

- у фокусі догляду і підтримки є *люди та визнані ними цінності*;

- урахування побажань і тих потреб, які *визначаються пріоритетними* самими клієнтами, а не фахівцем;
- фізичний комфорт і безпека;
- емоційна підтримка за участі родини та друзів;
- забезпечення доступу клієнтів до необхідних форм допомоги (коли і де вони потребують);
- забезпечення клієнтів доступною для їхнього розуміння інформацією, що необхідна для свідомого прийняття ними рішень щодо їхньої опіки та підтримки [8].

Відповідно до аналізу різних моделей особистісно-орієнтованої допомоги [7] її узагальнена модель вищого порядку складається із чотирьох ключових компонентів: цілісна опіка, індивідуалізована допомога, турбота з повагою та розширення можливостей (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Концептуальна модель особистісно-орієнтованої допомоги

Компоненти	Зміст
Цілісна опіка	Визнання цінності людини та реагування на весь комплекс її потреб, що передбачає водночас оцінювання фізичних, когнітивних і психосоціальних особливостей функціонування та розв'язання ситуаційних, сімейних, культурних і/або релігійних потреб
Індивідуалізована допомога	Розробка індивідуального плану догляду: урахування унікальних потреб, уподобань, проблем особистісних і тих, що пов'язані зі здоров'ям
Турбота з повагою	Визнання людей активними споживачами здоров'я та підтримка їхніх сильних сторін, здібностей і вподобань, бажань і цілей
Розширення можливостей	Заохочення самостійності, упевненості в собі й самовизначення, сприяння участі людини у прийнятті рішень шляхом ефективної комунікації та переговорів, через розробку плану дій, що допомагає клієнту контролювати власний стан і вносити зміни до плану лікування

1.4. Зарубіжні практики відновлення

Орієнтована на відновлення практика (Recovery-Oriented Practice). Розвиток особистісно-орієнтованої філософії догляду та підтримки уможливив і переосмислення системи реабілітації, особливо у сфері психічного здоров'я. Концепція *відновлення* (recovery) народилася в результаті численних досліджень і стала принципово новою парадигмою, яка сформувалася протягом останніх двох десятиліть і трансформує систему догляду у світі. Піонерами розробки й упровадження цієї моделі стали країни великої вісімки – Нова Зеландія, Австралія та Англія [9].

Лонгітюдні дослідження, проведені впродовж останніх п'ятидесяти років, спростували одвічне упередження щодо психічних захворювань як неминучої руйнації особистості, установивши, що люди з такими захворюваннями із часом демонструють значне поліпшення клінічної картини, спонтанно чи завдяки лікуванню і специфічним психосоціальним втручанням. Досягнення психофармакології пропонують людям із психіатричними порушеннями нові можливості для стабільності та самоуправління симптомами [1].

Нове бачення з'явилося також завдяки науковим дослідженням адикцій і *неспроможності* (disability). Тепер бути у *процесі відновлення* (in recovery) означає, що людина, незважаючи на тривалість хвороби, здатна та має право повноцінно жити у громаді. Соціальні теорії неспроможності, орієнтовані на відновлення, наприклад *модель сильних сторін* Чарльза Раппа, наголошують на необхідності будувати або відновлювати життя клієнта поза межами систем догляду [9].

Термін *відновлення* за визначенням урядової сервісної служби США із психічного здоров'я та розладів через уживання психоактивних речовин (Mental Health and Substance Use Disorders) стосується можливості людей керувати власною *подорожжю до одужання* (wellness journeys) і жити повноцінним життям, незважаючи на постійні обмеження, викликані вадами психічного здоров'я, уживанням наркотиків тощо.

Реабілітація, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), є процесом, спрямованим на те, щоб люди з

інвалідністю могли досягти та підтримувати свій оптимальний фізичний, духовний, професійний, сенсорний, інтелектуальний, психологічний та соціальний функціональні рівні. *Реабілітація надає людям (з обмеженими можливостями) інструменти, необхідні для досягнення незалежності та самовизначення.* Реабілітація є не лише набуттям утрачених умінь і навичок, а процесом і стратегією, що спрямовані на підтримку людей для розвитку ними нових здатностей. Стратегії втручання, які допомагають людям набувати навичок, необхідних для їхньої участі в усіх сферах свого життя, також є життєво важливими складовими реабілітації [9].

У статті "Живий досвід реабілітації" П. Діган (Patricia E. Deegan) наголошує на важливості розуміння того, що люди не реабілітуються так, як машини настраюються або телевізори ремонтуються. Вона підкреслює, що люди не є пасивними одержувачами реабілітаційних послуг, а радше переживають нову самоідентичність і встановлення мети в межах і поза межами інвалідності, що дозволяє зрозуміти суттєву відмінність реабілітації від процесу відновлення. Під реабілітацією розуміють послуги й технології, які надають людям з інвалідністю, щоб вони могли навчитися адаптуватися до свого світу. Авторка стверджує, що процес відновлення стосується прожитого чи реально-го життєвого досвіду людей, коли вони приймають і долають проблеми, пов'язані зі статусом інвалідності. Таким чином, реабілітацію та відновлення можна розрізнити за допомогою дихотомії "зовнішнє-внутрішнє": *реабілітація стосується умов середовища (полюса світу), а відновлення – внутрішніх сил особистості ("Я-полюса")* [10]. Відповідно практика, орієнтована на відновлення, ставить користувачів сервісів на перший план допомоги, сприяючи розширенню можливостей і співпраці. Це включає повагу до сил і досвіду людей, адаптацію послуг відповідно до їхніх цілей і забезпечення цілісного підходу до їхнього благополуччя. Процес відновлення є нелінійним, передбачає як "злети", так і "падіння", і починається із прийняття клієнтом ідеї *неможливості повернення до минулого стану.* Прийняття власного стану як даності, з якою тепер треба жити, є активною внутрішньою дією, що вимагає від клієнта чималих зусиль, тому

відновлення стає насамперед процесом навчання та досягнення *зрілості*.

Орієнтована на відновлення модель практики сформувалася під впливом низки громадських рухів, зокрема Руху відновлення, Руху участі споживачів (Consumer Participation Movement), Організаційного розвитку і розвитку робочої сили (Organisational & Workforce Development), і поєднала в собі окремі елементи позитивної психології, коучінгу та принципи доказової практики. Ця модель визнає клієнтів партнерами у всіх рішеннях, які впливають на їхнє психічне здоров'я, і підкреслює важливість самостійності, самовизначення й самоуправління. Найціннішим тут є досвід, отриманий "наживо", коли спеціалісти працюють разом із клієнтом, щоб спільно розробити план підтримки, заохочувати його до розв'язання власних проблем і надавати можливість самостійного вибору замість односторонніх дій для виправлення проблеми або особи.

Довірливі, шанобливі партнерські відносини між спеціалістом і клієнтом/пацієнтом (а також сім'єю та піклувальниками) створюють основу для *орієнтованої на відновлення практики*. Саме тому послуги в межах зазначеної моделі побудовані на принципах *відкритості, взаємоповаги та рівної участі* клієнта/пацієнта у процесі підтримки/одужання, *зосередження уваги на внутрішніх ресурсах* клієнта/пацієнта, *взаємодії та обміну*.

Позиція клієнта є вразливою, особливо коли йдеться про його здоров'я. Саме тому служби психічного здоров'я, орієнтовані на відновлення, намагаються звести обмеження свободи та примусових втручань до мінімуму. Проблеми із психічним здоров'ям можуть бути епізодичними, однак під час кризи, коли людина тимчасово втрачає здатність приймати обґрунтовані рішення (а інші варіанти вичерпані), сім'ям і фахівцям доводиться втручатися від її імені та шукати певної форми примусового лікування.

Принципи відновлення підкреслюють важливість співпраці з людиною та її сім'єю, незалежно від того, отримує вона лікування добровільно чи примусово, відбувається догляд у межах лікарні чи у громаді. Важливою метою відновлення тут стає психологічна, соціальна й юридична підтримка людей у якнайшвидшому відновленні їхньої здатності до прийняття рішень [9, 11].

Отже, орієнтована на відновлення практика обов'язково включає в себе процедуру інтерв'ювання клієнтів та їхніх близьких щодо їхніх умінь, сильних сторін, цілей і бажань, а також залучення оточення клієнта до планування догляду/підтримки із врахуванням їхніх життєвих обставин для створення підтримуючого середовища. Одним з таких інструментів є план дій із відновлення здоров'я (Wellness Recovery Action Plan), який ґрунтується на *принципах*:

- надії, що люди, які пережили психічну хворобу, одужають, залишаться здоровими й будуть здатні досягти власних мрій та цілей;
- особистої відповідальності – користуючись підтримкою інших, робити все, що необхідно для одужання;
- освіти – вивчати все особисто пережите для прийняття хороших рішень щодо всіх аспектів свого життя;
- самозахисту (Self-Advocacy) – ефективно звертатись до інших і отримувати необхідне, бажане, заслужене для оздоровлення та відновлення;
- підтримки – можна й отримувати підтримку, і надавати її, і це допоможе людині почуватись краще та підвищити якість свого життя [11].

Клієнту пропонують розробити особистий план дій із відновлення здоров'я, без тиску і вказівок, оскільки ця розробка вже є першим кроком до повернення його волі, після того як він тривалий час перебував у скрутних обставинах і переживав втрату контролю над власним життям. Цей план допомагає клієнтові самостійно визначити прості та безпечні інструменти для оздоровлення, розробити список щоденних (рутинних) дій для підтримання стабільного стану, визначити події, які викликають смуток чи тривогу, підготувати стратегії (техніки) реагування на них і кризовий сценарій дій. Техніки орієнтованої на відновлення практики стабілізують стан клієнта й повертають йому віру в себе та власні ресурси.

Модель розуміючого підходу до реабілітації (CARE). Одним із особистісно-орієнтованих підходів у клінічній соціальній роботі є *розуміючий підхід до реабілітації* (Comprehensive approach to rehabilitation, CARE), розроблений голландськими

фахівцями – соціальним психологом Ж. П. Вілкеном (Jean Pierre Wilken) та медиком і соціальним педагогом Д. Ден Холландером (Dirk den Hollander) у 1980 році [12, 13]. Модель CARE, що сформована за результатами численних досліджень, обґрунтовує методологію роботи з людьми, які потребують тимчасової або тривалої професійної підтримки, і використовується фахівцями різних країн уже понад чверть століття.

Розуміючий підхід до реабілітації зорієнтований на якість життя людей, яких з огляду на їхній психічний і соціальний стан вважають уразливими, і є інструментом їх підтримки в досягненні ними бажаного рівня якості життя. Якщо клієнт пережив серйозну травмувальну подію, наприклад психоз, то відновлення спрямоване безпосередньо на психічний розлад і досягнення нормального життя, тобто *життя, яке сам клієнт сприймає як значуще* через буття значущим для себе та інших [13].

Дослідження історій клієнтів [12] засвідчили пріоритетність підтримання якості життя у процесах відновлення. Наприклад, можливість їхнього включення до значущої для них діяльності дає їм новий сенс і вможливорює процеси цілепокладання. Якість життя завжди стосується сенсу. Люди, середовище, діяльність задають життєві смисли. При цьому значення якості життя завжди суб'єктивне, визначається клієнтом (пацієнтом) і щоразу є головним предметом взаємодії із соціальним працівником.

Процес відновлення в особистісно-орієнтованій парадигмі включає умови *внутрішні* (надія, зцілення, наснаження і зв'язок) і *зовнішні* (права людини, позитивна культура зцілення, послуги, орієнтовані на відновлення). Ці умови мають проникну дію, тому процес відновлення, щойно він розпочався, стає фактором, що надалі трансформує як внутрішні, так і зовнішні умови [8]. Ідеться про розмежування особистісного та соціального відновлення. Особистісне відновлення передбачає оволодіння здатністю пережити власну вразливість і віднайти особисту спроможність щодо теперішнього та майбутнього шляхом прийняття й опрацювання того, що відбулося.

Соціальне відновлення, у свою чергу, передбачає участь, реінтеграцію в суспільство. При цьому поняття участі є ключовим, оскільки усвідомлення себе частиною суспільства, суб'єктом,

здатним вплинути на власну соціальну ситуацію, є найпотужнішим терапевтичним ресурсом [1, 12].

Жоден з нас не вибирає позицію пацієнта або клієнта свідомо і за власним бажанням – цей небажаний статус ми отримуємо, коли змушені звертатися по професійну медичну допомогу. Люди, які тривалий час перебували у стаціонарі, часто змушені шукати шляхи повернення до соціального життя, тому сутність відновлення полягає в переході від статусу клієнта до статусу громадянина, що уможливлює повторне включення до соціальних процесів.

Щоб збагнути сутність розуміючого підходу, слід усвідомити різницю між відновленням і одужанням. Одужання передбачає повернення до минулої ситуації, тої, що передувала стану хвороби. Однак для багатьох людей життя змінюється безповоротно. Відновлення, у свою чергу, є передусім процесом зцілення, що вимагає від особистості навчитися жити у хворобі й переживанні власної неспроможності, а також подоланні соціального тиску стигматизації та професійного цинізму фахівців, які радять уникати стресу й перевантажень, у той час як реальне життя включає стрес, хвилювання та виклики, навіть якщо це стосується людини, хворої на шизофренію або аутизм. Саме тому туга і сум за втраченим стають неодмінною складовою процесу відновлення, при цьому важливо, щоб цей стан не плутали із симптомами психічної хвороби.

Не меншої шкоди завдає стигматизація. Первинна стигматизація відбувається з боку суспільства, яке зазначає *інакшість* певних своїх членів; вторинну викликають працівники сфери догляду, які іноді мимовільно загострюють увагу на тих аспектах життя, що стають неможливими або важкодоступними для клієнта. До пастки третинної стигматизації, або *самостигматизації*, потрапляє безпосередньо сам клієнт, який, слідом за соціумом, фахівцями, близьким оточенням, починає вірити у власну безпорадність.

Отже, реінтеграція є не лише індивідуальною відповідальністю клієнта, вона вимагає від суспільства значних зусиль, таких як прийняття та співчуття. Саме тому модель CARE сфокусована не лише на конкретній особистості, але й на середовищі, у якому вона перебуває [12].

Відповідно до принципів CArе якість життя тісно пов'язана із *особистісними та життєвими площинами* (рис. 1.1). До особистісної площини належать піклування про себе, здоров'я, безпека та соціальні стосунки; до життєвої – дім і сусіди, робота, навчання, рекреація та дозвілля [13].



Рис. 1.1. *Виміри якості життя*

Піклування про себе передбачає всі процедури й активності, необхідні для догляду за власним фізичним станом, гігієни та хатньої роботи. Це і соціальні навички, такі як відстоювання себе і власних меж і підтримка зв'язку з іншими. Управління фінансами в окремих випадках також є піклуванням про себе. Сфера здоров'я охоплює фізичне і психічне благополуччя, а безпека включає різні аспекти емоційної та фізичної безпеки: відчуття себе цінною і значущою особистістю, реалізацію потреби у визнанні, захист від фізичного насильства й агресії. Сфера соціальних стосунків охоплює сукупність взаємодій з іншими людьми, у яких клієнтові важливо не лише мати значущі для себе зв'язки, але й бути значущим для інших.

Значущість (meaningfulness) є стрижневою характеристикою, основою, на якій вибудовується процес відновлення. Не так важливо, що саме становить визначальну цінність для клієнта – ро-

бота, релігія чи захоплення, – головне, що ця сфера пов'язана із особистісними цінностями.

Розробники моделі CARE визначають три основні виміри відновлення: *відносини*, *дії* (послуги) та *час*. Основними напрямками її реалізації є:

- виконання побажань і цілей, що стосуються якості життя;
- робота з уразливістю та посиленням сильних сторін;
- отримання доступу до бажаного середовища й максимізація якості життя, життєвого простору та соціальних зв'язків [1].

Процес відновлення полягає у повторному віднаходженні (rediscovering) ідентичності та почуття значущості в житті, що часто ускладнюється роллю клієнта/пацієнта. Д. Петрі називає цей процес *демаскуванням*, викриттям справжнього обличчя особистості, ідентичності, у якій має бути місце і для вразливості. Саме цей шлях відкриття поступово веде до досягнення автономії. Опора на сильні сторони гарантує важливу підтримку в досягненні позитивного "Я-образу" та значущості себе для себе [12].

Робота із травматичним досвідом. Важливою частиною процесу відновлення є робота із травматичним досвідом та втраченою. Дослідження підтверджують наявність зв'язку між психічним розладом, травмою та втратою. Установлено, що 30 % психотичних епізодів, які завершуються госпіталізацією особи, є реактивними, тобто спричинені життєвими подіями та переживаннями. Більш того, від 60 до 90 % осіб, які пережили психотичний епізод, зазначали, що мали травматичний досвід у дитинстві. З'ясовано також, що переживання психозу й подальша госпіталізація спричиняють посттравматичний стресовий розлад у 40 % пацієнтів [13].

Травма, туга та втрата виявляються важливими аспектами роботи із клієнтом не лише за психічних розладів. І тут можна зазначити цікаву суперечність: соціальні працівники знають із власного досвіду про процеси та симптоматику туги, однак на практиці багато симптомів тривалої туги не розпізнають.

Фактори відновлення. Фактори, які підвищують ефективність відновлення, можна поділити на п'ять основних категорій.

1) Мотивація – рушійна сила відновлення, її складовими можуть бути надії, бажання та стремління. Зміст бажань є певною

мірою діагностичним, оскільки вони можуть виявляти потреби (фіксація на зміні негативного аспекту свого життя), амбіції (орієнтація на досягнення – підвищення якості життя) або пристрасті (орієнтація на інтереси, творчість – підвищення якості життя).

2) Ідентичність – розвиток особистої ідентичності, що включає засоби конструювання життєвої історії клієнта та віднаходження сильних сторін і ресурсів.

3) Знання і навички, що включають здатності давати собі раду із власною неспроможністю, а також розвивати особисту автономію.

4) Статус і значущість: розвиток значущих активностей, соціально цінних ролей і позитивних стосунків.

5) Соціальна та матеріальна підтримка, що включає контакти з тими, хто має аналогічний травматичний досвід, забезпеченість житлом, роботою, професійний догляд і підтримку.

Відновлення, відповідно до підходу CARe, передбачає проходження клієнтом низки етапів (фаз) (табл. 1.3): *стабілізації, реорієнтації та реінтеграції*, у процесі яких відбувається поступова трансформація самовідчуття – від переповненості неспроможністю, коли людина переживає тугу і печаль втрати можливостей і приймає обмеження теперішнього стану, відмовляючись від завищених очікувань, до життя за межами неспроможності через переосмислення нового досвіду, формування нової ідентичності, створення, разом із фахівцем, особистої історії відновлення і віднаходження смислу, сили та засобів жити в новій ситуації [6].

Цей процес не є лінійним, траєкторія руху більше нагадує спіраль: "зльоти" і "падіння", повернення на кілька кроків і знову рух уперед. Ефективність процесу відновлення багато в чому залежить від компетентності фахівця, де визначальне місце належить *присутності*.

Спеціаліст із насаження П. Діган, яка, переживши травматичний досвід неспроможності, стала практиком відновлення, зауважує, що, мабуть, найважливішим для формування середовища відновлення є ставлення персоналу. Існує низка загальних службових інструкцій, які вочевидь не сприяють одужанню пацієнтів. Наприклад, занадто часто ставлення до персоналу відо-

бражає негласне припущення, що існує "світ ненормального" та "світ нормального" [10].

Таблиця 1.3

Фази процесу відновлення

Переповненість неспроможністю	Боротьба з неспроможністю та її наслідками	Життя за межами неспроможності
СТАБІЛІЗАЦІЯ	РЕОРІЄНТАЦІЯ	РЕІНТЕГРАЦІЯ
Досягнення контролю та рівноваги	Дослідження власної вразливості у новому стані; вироблення досвіду, пошук ідентичності та смислів; створення особистої історії відновлення	Отримання сили та здатності давати раду із власною вразливістю; залучення до значущих активностей, стосунків, ролей; представлення бажаної ситуації в категоріях життя, роботи, навчання та рекреації

Традиційна система соціальної роботи ставить перед фахівцями завдання якимось чином змусити людей із "ненормального світу" вписатися в "нормальний", що створює дихотомію "ми-вони", де, як очікується, "вони" (люди з інвалідністю) можуть змінитись і зростати. Подібне середовище стає пригноблюючим для людей, які намагаються досягти відновлення. Отже, особливого значення набуває вибудовування взаємодії фахівця і клієнта на засадах рівності та партнерства, де клієнт бере активну участь у плануванні позитивних змін у своєму житті (і це стає першою сходинкою до повернення віри у власні сили).

На відміну від настанов, що наголошують на важливості професійних меж у взаємодії, розуміючий підхід націлений на збагачення процесу взаємодії фахівця із клієнтом. Одним з інструментів такого збагачення є феномен *присутності*. Присутність є фундаментальною настановою соціального відновлення та розуміється у кількох вимірах як:

- *залученість* – особливі стосунки між фахівцем і клієнтом;
- *сфокусованість на особистості та її реальності* (здатність бачити ситуацію очима клієнта);

- *близькість* (протилежність відстороненості, відчуженості, звичної для традиційної моделі соціальної роботи).

Фахівець, який працює в рамках розуміючої моделі, використовує професійну систему координат дозовано й обережно (ідеться про діагнози, висновки та дії фахівця); створює простір для підтримки розповіді клієнта; визнає та заохочує орієнтацію особистості на її власні сили (наснаження), а також пріоритетність (авторитет) експертної позиції клієнта щодо його власного досвіду; сприяє підтримці клієнта з боку значущих інших, визнаючи їх пріоритетним ресурсом; сфокусований на полегшенні страждань і збільшенні особистого контролю/автономії.

Модель особистісно-центрованого планування (ОЦП). Концепція особистісно-центрованого планування (Person-centered planning) існує з 1980-х років, коли зародилися соціальна риторика самовизначення, захист власних інтересів (self-advocacy) і гасло *людина передусім*. Відтоді модель стала поширеною практикою роботи з людьми, які мають вади розумового та психічного розвитку [6].

По суті модель ОЦП – це певний шаблон дій, створений допомогти людині з обмеженими можливостями висловити та задокументувати своє "життєве портфоліо" та змістовний план дій, скерованих на досягнення життєвих цілей і бажань (рис. 1.2).

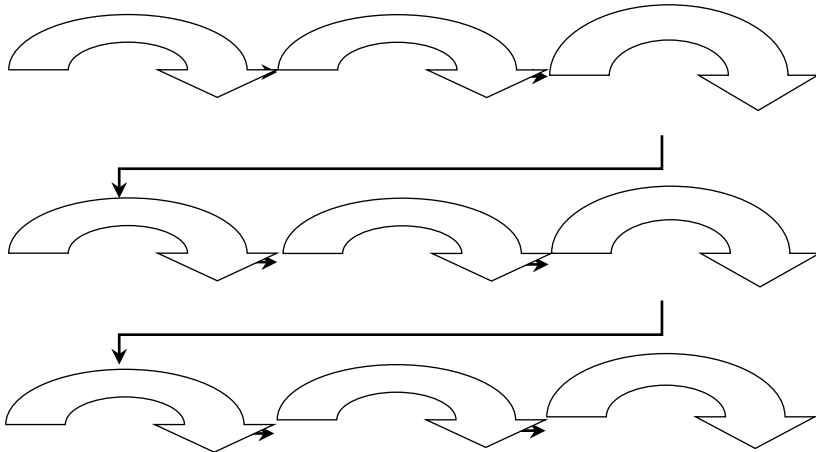


Рис. 1.2. Етапи роботи з випадком в особистісно-орієнтованій моделі

Розробка планів, зосереджених на особистості клієнта, захоплює та фокусує на конструктивних аспектах його життя, через ствердження того, що його думки та ідеї важливі. Подібний фокус пов'язує людину з розробленим нею планом на глибоких рівнях, породжує почуття відповідальності та посилює мотивацію його реалізовувати. Особистісно-центроване планування фасилітує комунікацію між клієнтом і важливими людьми з його оточення, які дбають про нього.

На рис. 1.3 представлено карти особистісно-центрованого планування, які соціальний працівник використовує у процесі фасилітаційних сесій із клієнтом.

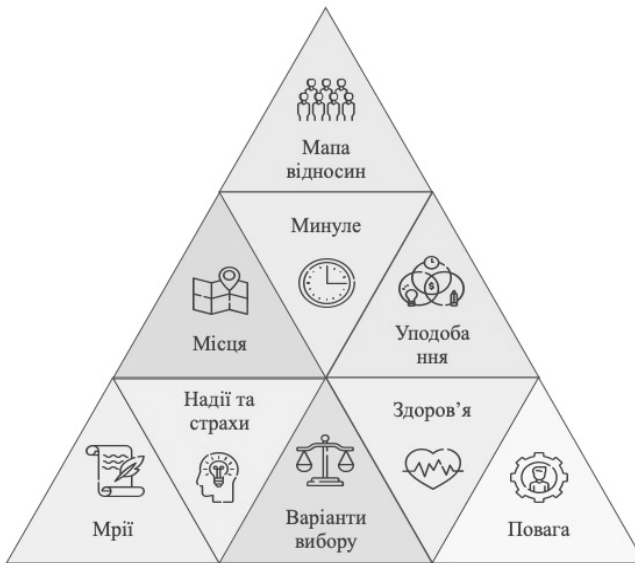


Рис. 1.3. Модель фасилітації "Знайомство з особистим профілем"

Кожна карта (трикутник) – окрема сесія, у результаті якої фахівець із клієнтом фіксують одну зі складових життя останнього. *Карта стосунків* визначає можливості для особистої підтримки та допомоги. *Карта місць* описує шаблон поточного повсякденного життя. *Карта минулого* фіксує походження і життєвий дос-

від клієнта та його близьких. *Карта уподобань* описує особисті переваги, здатності та інтереси, а також умови, яких слід уникати. *Карта мрій* описує ідеї, мрії та бажання на майбутнє, а також визначає часові межі роботи. *Карта надій та страхів* фіксує уявлення клієнта про можливості, обмеження та перешкоди діяльності, а також ставлення до них. *Карта вибору* описує рішення, які приймає людина, і рішення, які приймають інші люди. Уточнюється потреба в особистій допомозі. *Карта здоров'я* описує умови, що сприяють здоров'ю або загрожують йому. *Карта поваги* містить опис тих особистісних характеристик, які можуть створити перешкоди для прийняття спільнотою.

Фасилітатор може пропонувати також інші карти, щоб допомогти описати закономірності в житті людини.

У результаті послідовного планування у клієнта виникають чітке уявлення про власні можливості й обмеження, життєва перспектива майбутнього та зрозуміла і посиljena стратегія досягнення бажаного.

Центрованість на особистості у процесі планування зміщує фокус уваги із системи на життєві обставини клієнта. У табл. 1.4 наведено відмінності традиційної системо-центрованої схеми планування роботи із клієнтами від особистісно-центрованої.

Таблиця 1.4

**Відмінності системо-центрованого
від особистісно-центрованого планування**

Системо-центроване планування	Критерії	Особистісно-центроване планування
Зосереджене на плануванні життєвого циклу програм	Стратегія планування	Зосереджене на проектуванні бажаного способу життя
Пропонує обмежену кількість окремих програмних послуг	Послуги	Створює необмежену кількість бажаних проєктів
Стереотипи та усталені уявлення стосовно людей з інвалідністю	Підґрунтя	Пошук нових можливостей для кожної людини
Заповнення місць, ліжок, розміщення тощо	Фокус уваги	Якість життя

Закінчення табл. 1.4

Системо-центроване планування	Критерії	Особистісно-центроване планування
Технології та клінічні стратегії	Орієнтація	Мрії, бажання та значущий досвід клієнта
спонсорів, регулюючих органів, політик і правил	Планування в інтересах	клієнтів та їхнього найближчого оточення

Кваліфікований фасилітатор (а саме таку функцію виконує фахівець під час інтерв'ю), який пройшов навчання технології ОЦП, супроводжує групу крізь низку питань, історій і можливостей вислуховування, які розкривають сутність людини та дають зрозуміти, що саме її спонукає до дій. Наприклад, у посібнику для фасилітаторів із особистісно-центрованого планування є конкретні поради щодо побудови взаємодії з клієнтом. Нижче наводимо деякі з них.

1. Познайомтеся з клієнтом, послухайте його, спробуйте зрозуміти його життєві погляди.

2. Складіть комплексну оцінку можливостей клієнта, його здібностей, сильних сторін, а також тих бар'єрів і проблем, з якими він стикається.

3. Зважайте на бачення членів родини, друзів та інших людей, які часто можуть бути виключені із процесу планування, та інтегруйте їх у процес.

4. "Зміцніть голос" клієнта, уточнюючи його інтереси та бажання, і артикулюйте те, що заважає йому висловлюватися.

5. Запишіть поточні дані для подальшої рефлексії.

6. Обговоріть цінності, почуття та можливості в неформальній ситуації [14].

Зміни, орієнтовані на особистість, зосереджені на вивільненні мрій і амбіцій клієнтів, створенні схеми життя, яка посилює соціальну інтеграцію.

Організація, яка прийняла рішення про зміну філософії надання соціальних послуг, має бути готова до відповідних трансформацій: процедури управління, пошуку нових можливостей фінансування, оцінювання й моніторингу, навчання співробіт-

ників і, зрештою, змін свідомості всіх суб'єктів соціальної допомоги та підтримки. У табл. 1.5 представлено параметри, за якими можна як здійснювати експертизу спроможностей, так і планувати впровадження особистісно-орієнтованих моделей.

Таблиця 1.5

Параметри організаційної спроможності до клієнт-орієнтованості

ПАРАМЕТРИ	ЗМІСТ
Філософія та принципи організації	У місії діяльності організації згадуються цінності та цілі, орієнтовані на людину
	Організація співпрацює з ресурсами громади способами, які сприяють інклюзії
	Організація визнає осіб і команди, які пропагують кращі практики щодо включення громади, самовизначення та побудови відносин
	Керівництво спілкується з бенефіціарами та персоналом, щоб з'ясувати, що працює, а що не працює щодо потреб і побажань бенефіціарів
Навчання та інформування	Персонал проходить навчання з орієнтованої на особи філософії та практики
	Організація просуває філософію, орієнтовану на особи, шляхом поширення інформації про принципи особистісно-орієнтованої роботи (інформаційні бюлетені, довідники, дошки оголошень, література)
Якість соціальних послуг	Наявність можливостей переходу до більш індивідуалізованої роботи й орієнтованість на розвиток самостійності клієнта
	Бенефіціари впливають і/або безпосередньо беруть участь у прийнятті рішень щодо їхнього життя
Управління	Особи з інвалідністю контролюють або безпосередньо беруть участь у виборі підтримки та послуг
	До складу правління входять особи з інвалідністю
	До складу комітету входять особи з інвалідністю (один чи більше комітетів)
	Організація має гнучкі механізми та можливості фінансування

Закінчення табл. 1.5

ПАРАМЕТРИ	ЗМІСТ
Система оцінювання	В організації застосовують оцінювання якості життя для поліпшення послуг
	Проводиться оцінювання задоволеності людей з інвалідністю для поліпшення послуг
	Шляхом опитування персоналу оцінюють, як він сприймає свою роботу
	Управлінська команда систематично оцінює власні можливості щодо надання індивідуалізованих послуг і підтримки

1.5. Виклики та критика особистісно-орієнтованого підходу в соціальній роботі

Дослідження ефективності особистісно-орієнтованої допомоги показали, що її надання не вимагає триваліших консультацій чи зустрічей, але передбачає якісно іншу взаємодію фахівця та клієнта/пацієнта. Навіть мінімальне втручання може потенційно збільшити використання послуг і звести до мінімуму затратний режим лікування, що, зрештою, веде до зростання ролі пацієнтів та їхніх сімей у їхньому зціленні [6]. Загалом було виявлено, що застосування особистісно-орієнтованої допомоги (ООД) значно підвищує задоволеність нею (особливо в медичному сервісі), сприйнятливість якості обслуговування та показники здоров'я.

Будь-яка парадигма розвитку соціальної практики має бути критично оцінена для розуміння меж і можливостей її розбудови. На сьогодні було висунуто низку критичних зауважень, що зосереджують увагу на слабкостях особистісно-орієнтованого підходу в соціальній роботі. Наприклад, британські дослідники Д. Мерфі, М. Дугган та С. Джозеф (D. Murphy, M. Duggan, S. Joseph), порівнюючи положення особистісно-орієнтованої теорії та цінності Британської асоціації соціальної роботи, виявили певні системні суперечності, що створюють напруження у фахівців соціальної роботи, які намагаються поєднати одне та інше на практиці. Особистісно-орієнтована психологічна теорія у процесі інтеграції у практику соціальної роботи може виявити

великий ідеологічний розкол між особистісно-орієнтованою психологією та сучасною нормативною практикою соціальної роботи. Автори висловлюють сумнів у тому, чи можна бути посправжньому особистісно-орієнтованими у соціальній роботі, оскільки принципові стосунки, орієнтовані на особистість, не можуть мати місця в системі інструментальних відносин, що є звичною практикою в сучасній соціальній роботі [4].

Таким чином, бачимо, що прийняття й утвердження особистісно-орієнтованої моделі як стандарту соціальних послуг вимагає фундаментальних змін не лише способу надання послуг, але й позицій соціального працівника та клієнта.

Особистісно-орієнтована парадигма в соціальній роботі та реабілітації пропонує розглядати клієнта цілісно, як людське буття, не виключаючи із професійного фокусу його соціальне середовище, умови життя та мережу соціальних зв'язків. Зважаючи на той факт, що всі сфери життя взаємопов'язані, підтримка розповсюджується на всі соціальні ситуації життя, до яких включений клієнт із метою підвищення якості його життя. Особистісно-орієнтований підхід є способом фінансового й організаційного забезпечення соціального сервісу, заснованого на виборі людиною бажаного способу життя у спільноті за її власним вибором.

Отже, це означає відмову від традиційних настанов підлаштовування людей до існуючих можливостей сервісу, модифікацію і розвиток послуг відповідно до потреб і бажань клієнта. Розглянутий підхід націлений на врахування ресурсів сервісів і громади для здійснення підтримки, вихід за межі "доступного сервісу". Попри існуючі виклики, ця практика, навіть у невеликому поки масштабі, уже дає позитивні результати. Розвиток її вимагає чималих зусиль, але результат перевершує всі сподівання.

Список використаних джерел

1. A person-centered approach in initial rehabilitation needs assessment: Experiences of persons with disabilities / K. Hanga, D. M. DiNitto, J. P. Wilken, L. Leppik // ALTER, European Journal of Disability Research. – 2017. – Vol. 11, № 4, November. – P. 251–266.

2. Person-Centered Planning: Analysis of Research and Effectiveness / C. Claes, G. V. Hove, S. Vandeveldet et al. // Intellectual and Developmental Disabilities. – Vol. 48, № 6. – P. 432–453.
3. Witty M. C. Client-Centered Therapy / M. C. Witty // Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy, 2007. – P. 35–50.
4. Murphy D. Relationship-Based Social Work and Its Compatibility with the Person-Centred Approach: Principled versus Instrumental Perspectives / D. Murphy, M. Duggan, S. Joseph // British Journal of Social Work. – 2013. – Vol. 43. – P. 703–719. – doi:10.1093/bjsw/bcs003
5. Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials [Electronic resource] / S. S. McMillan, E. Kendall, A. Sav et al. // Medical Care Research and Review. – 2013. – Access mode : <https://pdfs.semanticscholar.org/d47e/250526f018dc34b6217136ecaf6014389ab7.pdf>
6. McCance T. "An Exploration of Person-Centredness in Practice" OJIN / T. McCance, B. McCormack, J. Dewing // The Online Journal of Issues in Nursing. – 2011. – Vol. 16, № 2. – Manuscript 1, May 31
7. Morgan S. A Concept Analysis of Person-Centered Care / S. Morgan, L. Yoder // Journal of Holistic Nursing. – 2011. – Vol. 30, № 1. – P. 6–15.
8. Jacobson N. What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication / N. Jacobson, D. Greenley // Psychiatric Services. – 2001. – Vol. 52. – P. 482–485.
9. Piat Myra. "The Development of a Recovery-Oriented Mental Health System in Canada: What the Experience of Commonwealth Countries Tells Us." / Myra Piat, Judith Sabetti // Canadian journal of community mental health. – 2009. – Vol. 28,2. – P. 17–33. – doi:10.7870/cjcmh-2009-0020
10. Deegan P. E. Recovery: The lived experience of rehabilitation / P. E. Deegan // Psychosocial Rehabilitation Journal. – 1988. – 11(4). – P. 11–19.
11. Guidelines for Recovery-Oriented Practice. Hope. Dignity. Inclusion (Mental Health Commission of Canada). – ISBN: 978-0-9880506-3-1
12. Hollander D. D. Supporting Recovery and Inclusion. Working with the CARE Model / D. D. Hollander, J. P. Wilken. – Amsterdam : SWP Books, 2015.
13. Wilken J. P. L. Recovering care: A contribution to a theory and practice of good care : Doctoral Thesis / J. P. L. Wilken. – Amsterdam : SWP, 2010.
14. Amado A. N. Increasing Person-Centered Thinking: Improving the Quality of Person-Centered Planning: A Manual for Person-Centered Planning Facilitators / A. N. Amadoand, M. McBride. – Minneapolis ; Minnesota : University of Minnesota ; Institute on Community Integration, 2001.

Розділ 2

ОСОБИСТІСНЕ ЗРОСТАННЯ ТА РОЗВИТОК У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ

У розділі розглянуто і здійснено спробу систематизувати концепції особистісного та психологічного зростання людини в реабілітаційному контексті. Представлено авторські результати дослідження зв'язку показників самоактуалізації студентів з виявами захисних механізмів психіки. Проаналізовано концепцію посттравматичного зростання та його показники, досліджено вияви цього феномена в учасників бойових дій на Сході України. Зроблено висновок, що психологічне, особистісне, посттравматичне зростання можна розглядати як потужні ресурсні чинники реабілітаційного процесу, зокрема в мотиваційній складовій психосоціального супроводу.

2.1. Історичні передумови формування концепцій особистісного та психологічного зростання

Процес відновлення в сучасній реабілітології все більше ураховує особистісне зростання й особистісний розвиток як суттєві, важливі та значущі для людини, яка отримує реабілітаційні послуги. Увага реабілітолога до вищих рівнів буття людини, включаючи особистісний, може бути фасилітаційним, мотиваційним та інтегруючим чинником у процесі реабілітації та сприяти його успішності.

Окрім особистісного зростання, у літературі використовують також поняття *психологічне зростання*, яке за змістом є ширшим, оскільки може включати доособистісний, трансперсональний або надособистісний рівні.

Метою нашої роботи є розгляд та спроба систематизації основних концепцій і моделей особистісного зростання та споріднених їм ідей у реабілітаційному контексті.

В історичній ретроспективі ще в античні часи з'явилися поняття, які позначають, до чого людині варто прагнути у своєму розвитку, такі як *калокагатія* (грец. *καλοκαγαθία*) – ідеальне поєднання в людині фізичної краси та духовної досконалості, і *евдемонія* (грец. *ευδαιμονία*) – процвітання, щастя, блаженство. Таке щастя не є просто тривалим і гармонійним задоволенням.

Воно є результатом подолання прагнення до відчуттів, насолод шляхом самообмеження і вправ, спрямованих на це. Свобода від зовнішньої необхідності й мінливості долі, що досягається при цьому, є розумністю, тотожною справжній чесноті [1].

Усвідомлення людиною важливості, цінності та перспектив особистісного розвитку приходить із розумінням того, що людина не є лише засобом. Якщо вона розглядається лише як засіб, становлення й розвиток особистості стають малозначущими та непотрібними. Філософська концепція категоричного імперативу І. Канта містить потужний мотиваційний потенціал, який може спонукати та сприяти разом з відновленням функцій людини її особистісному зростанню, оскільки, згідно з нею, до людини аморально ставитися лише як до засобу, вона є передусім метою [2, с. 30]. Ідея кантівського категоричного імперативу залишається актуальною в наші часи. Зокрема, ігнорування етичного принципу, який міститься у цій ідеї, можна спостерігати в деяких заходах, замаскованих під "тренінги особистісного зростання", у яких основною метою та цінністю декларується результат у вигляді досягнення людиною певного соціального статусу та/або матеріальних благ. Ведучі таких тренінгів іноді маніпулюють психічними якостями людини і провокують інтрапсихічну конфліктність, дезінтеграцію, оскільки ці якості розглядаються лише як засоби досягнення зовнішніх цілей або ж розвитку певних здатностей – із придушенням інших ресурсів та якостей учасників.

2.2. Провідні концепції особистісного та психологічного зростання у XX сторіччі

У першій половині та у середині XX сторіччя концепції щодо особистісного розвитку та зростання розвивали А. Адлер, К. Юнг, Г. Олпорт, К. Роджерс, К. Гольдштайн, А. Маслоу, Ф. Перлз.

Сутність психологічного зростання за А. Адлером полягає насамперед у русі від егоцентричної мети досягнення особистої переваги до позиції конструктивного впливу на навколишнє середовище і розвиток суспільства. Таке конструктивне прагнення разом із вираженням соціальним інтересом і схильність до

кооперації з іншими є основними рисами здорової особистості за концепцією А. Адлера. Він розглядав три головні життєві завдання, що стоять перед людиною: роботу, дружбу і любов. Ці завдання він визначав як основні умови людського існування.

Робота включає в себе діяльність, корисну для суспільства, а не просто ті заняття, які приносять дохід. Вона приносить почуття задоволення і самоповаги тільки тоді, коли корисна для інших [3].

Дружні стосунки дозволяють установлювати життєво важливі зв'язки, оскільки жоден індивідуум не може бути прив'язаний до суспільства абстрактно.

Любов за А. Адлером зумовлює близьку взаємодію на фізичному та ментальному рівнях і породжує високий ступінь співробітництва між людьми протилежних статей. Любов виникає з інтимних стосунків, необхідних для продовження людського роду. Тісні узи сімейних стосунків вимагають здатності взаємодіяти з іншою людською істотою, а успішний, щасливий шлюб створює найкращу атмосферу для виховання в дітях товариськості та соціального інтересу. Ці три компоненти (праця, дружба та любов) є взаємопов'язаними. Успіх у чомусь одному веде до успіху в іншому. Фактично всі три завдання є різними аспектами одного питання – як жити конструктивно в навколишньому світі.

Ідеї А. Адлера мають велику значущість для сучасної реабілітології, оскільки процес відновлення та підтримки соціальних зв'язків на різних рівнях неможливий без описаних ним компонентів.

За К. Юнгом психіка людини має спадкове прагнення до цілісності. Результатом індивідуації як самореалізації людини є інтеграція несвідомого у свідоме у процесі становлення й розвитку цілісної особистості. Цей процес відбувається природно під час дорослішання та може стимулюватися за допомогою психотерапевтичного супроводу. При цьому "Его" людини має признати, що воно не є центральною частиною душі й що велика частина того, чим людина є в реальності, перебуває в несвідомому. Самість є сукупністю несвідомого та свідомого. При цьому переважна більшість самості не є усвідомленою. Частиною процесу індивідуації є інтеграція "тіні" як несвідомої частини психіки, що людина не визнає в собі, тобто "відкидає" [4].

Індивідуація є природним, органічним процесом. У ній розкриваються потаємна природа і головний шлях кожної людини. Як писав К. Юнг, "це те, що дерево робить деревом" [5, с. 210]. Подібно будь-якому природному процесу, індивідуація може чимось блокуватися, їй може щось перешкоджати. Індивідуація є процесом досягнення цілісності і, таким чином, прагнення до більшої свободи. Процес включає розвиток динамічного зв'язку між "Его" і самістю з інтеграцією різних частин психіки, включаючи різні архетипи несвідомого. Коли люди стають більш інтегрованими, вони починають транслювати ці архетипи більш витонченим і складним способом [6].

Досягти індивідуації означає стати собою (Selbst) – найпотаємнішим, завершеним, незрівняним і унікальним. Іншими словами, це є процес самореалізації [7].

Індивідуація означає не слідувати "тому, що взагалі було б правильно", а скоріше слухати себе, щоб з'ясувати, як виявиться через людину внутрішня цілісність (самість) у конкретній ситуації. Юнг поєднує індивідуацію зі свободою людини та почуттям гідності, на яких ґрунтується процес саморозвитку [8].

Працюючи як аналітик, К. Юнг виявив, що пацієнти, які приходять до нього в першій половині свого життя, не надто включені у внутрішній процес індивідуації, а націлені передусім на результат, успіх у досягненні цілей свого "Его". Пацієнти старшого віку, які вже досягли своїх цілей, прагнуть інтеграції більше, ніж досягнень, і шукають у собі гармонію. З погляду "Его" зростання та розвиток включають інтегрування у свідомість нового матеріалу, це процес придбання знань про світ і себе. Зростання для "Его" – це лише зростання обізнаності свідомості. Індивідуація, навпаки, є розвитком самості, а з погляду самості метою є єдність свідомості й несвідомого [6].

Ідеї К. Юнга щодо прагнення до цілісності та єдності психіки у процесі розвитку є важливими орієнтирами в роботі психотерапевтів і реабілітологів різних шкіл та напрямів, зокрема із посттравматичними дисоціативними станами, амнезією травматичного досвіду тощо.

Засновник гештальт-терапії Ф. Перлз розглядає поняття *зрілості* як стан оптимального психологічного здоров'я людини.

Якщо індивідуум не досяг зрілості, то він більше схильний маніпулювати своїм оточенням для задоволення бажань, ніж брати на себе відповідальність за свої розчарування та намагатися задовольнити свої справжні потреби. Зрілість настає тоді, коли індивідуум мобілізує свої ресурси для подолання фрустрації та страху, що виникають через відсутність підтримки з боку оточуючих і неадекватну самопідтримку. Зрілість полягає у вмінні піти на ризик, щоб вибратися із глухого кута. Якщо індивідуум не ризикує, то в нього актуалізуються рольові поведінкові стереотипи, які дозволяють маніпулювати іншими: він обирає роль безпорадного, щоб залишитися залежним, або роль дурня, щоб отримати інтелектуальну підтримку [9].

Ф. Перлз припустив, що для досягнення зрілості та прийняття відповідальності за себе доросла людина має ретельно, немов знімаючи прошарок за прошарком із цибулини, опрацювати всі свої невротичні рівні. Перший рівень називається рівнем *кліше*. На цьому рівні людина діє стереотипно й неавтентично. Далі відкривається *штучний* рівень, на якому домінують ролі та різні ігри. Тут людина маніпулює іншими, намагаючись отримати ту підтримку, якої, за власними припущеннями, потребує. Під штучним рівнем лежить рівень *глухого кута*, який характеризується відсутністю підтримки з боку оточення та неадекватністю самопідтримки. Людина прагне уникати цього рівня так само, як будь-якого болю, оскільки в ситуації глухого кута почувається загубленою, ошуканою та фрустрованою. За рівнем глухого кута йде рівень *внутрішнього вибуху*, або *смерті*. Тільки досягнувши цього рівня, людина досягає свого справжнього "Я", своєї особистості, яка до цього була "похованою" під різними захистами. Перлз стверджував, що взаємодія з рівнем внутрішнього вибуху спричинює *зовнішній вибух* – вияв істинного "Я" [9].

Ідея Ф. Перлза про необхідність прийняття людиною відповідальності за свій розвиток, свої дії та вчинки має безпосереднє відношення щодо важливості пробудження й активізації ресурсів внутрішньої мотивації реабілітанта у процесі відновлення та подальшого розвитку.

У К. Роджерса можна виокремити внутрішні (інтрапсихічні) та зовнішні (міжособистісні) компоненти особистісного розвитку (зростання). Серед перших зазначимо такі:

- *Прийняття себе.* Це означає визнання себе і безумовну любов людини до себе такої, якою вона є, ставлення до себе як до особистості, що гідна поваги, здатна до самостійного вибору [10]; віру в себе і свої можливості, довіру до свого організму, своєї природи. "Цілісний організм може бути – і часто є – мудрішим, ніж свідомість людини" [11, р. 192].
- *Відкритість внутрішньому досвіду переживань.* Чим сильнішою та більш зрілою є особистість, тим більше вона вільна від спотворюючого впливу психологічних захистів і здатна сприймати й довіряти своєму внутрішньому світу.
- *Розуміння себе.* Найбільш точне, повне та глибоке уявлення про себе і свій актуальний стан (включаючи реальні переживання, бажання, думки тощо); здатність побачити і почути себе справжнього, крізь нашарування масок, ролей і захистів; адекватна та гнучка "Я"-концепція, чутлива до актуальних змін і така, що асимілює новий досвід.
- *Свобода як відповідальність.* Відповідальність за власне життя, вибір цінностей і винесення оцінок; незалежність від тиску зовнішніх оцінок. Відповідальність за актуалізацію своєї індивідуальності та самотності, за те, щоб залишитися вірним собі.
- *Цілісність.* Посилення і розширення інтегрованості та взаємозв'язку всіх аспектів життя людини, особливо цілісності внутрішнього світу і самої особистості. Як підкреслював К. Роджерс, із самого початку немовля є інтегрованим і цілісним організмом, який поступово індивідуалізується [12]. Важливо, щоб ці процеси індивідуалізації та диференціації не призвели до втрати внутрішньої цілісності людини, втрати конгруентності, розривів або диспропорцій, наприклад між інтелектом і почуттями, "Я" реальним та "Я" ідеальним, між особистістю й організмом. Цілісність і конгруентність є неодмінною умовою ефективного регулювання життя людини.

- *Динамічність*. Особистість існує в постійному, безперервному процесі змін. Зростання особистості є способом її існування. Тому одним з найважливіших елементів особистісного зростання є динамічність, гнучкість, відкритість змінам і здатність, зберігаючи свою ідентичність, "скоріше бути процесом нових можливостей, ніж перетворитися на якусь застиглу мету" [11, р. 124].

Серед зовнішніх компонентів особистісного розвитку у К. Роджерса можна зазначити такі:

- *Прийняття інших*. Особистість є тим більш розвинутою, чим більшою мірою вона здатна приймати інших людей такими, якими вони є, поважати їх своєрідність і право бути собою, визнавати їх безумовну цінність і довіряти їм.
- *Розуміння інших*. Розвинута особистість відрізняється свободою від забобонів і стереотипів, здатністю до адекватного, повного і диференційованого сприйняття навколишньої дійсності, зокрема й інших людей. Вона готова вступати в міжособистісний контакт на основі глибокого і тонкого розуміння іншого та виявляти емпатію.
- *Соціалізованість*. Особистісне зростання веде до все більш ефективного вияву фундаментального прагнення людини – прагнення до конструктивних соціальних взаємин. Людина в контактах з іншими стає відкритою та природною, але при цьому більш реалістичною, гнучкою, здатною компетентно розв'язувати міжособистісні суперечності та "жити з іншими у максимально можливій гармонії" [13, с. 251].
- *Творча адаптивність*. Найважливішою якістю зрілої особистості є готовність сміливо та відкрито зустрічати життєві проблеми і справлятися з ними, не спрощуючи, а виявляючи "творчу адаптацію до новизни конкретного моменту" та "уміння висловити і використовувати всі внутрішні потенційні можливості" [11, р. 351].

За концепцією особистісного розвитку К. Роджерса важливим є поняття повноцінно функціонуючої особистості як такої, що цілком усвідомлює своє теперішнє "Я". Повноцінно функціонуюча особистість можлива лише як процес, як людина, яка

постійно змінюється" [14, с. 235]. Повноцінно функціонуюча особистість характеризується такими трьома параметрами:

- *Відкритість переживань.* Людина постійно рухається від використання захисних реакцій до більшої відкритості переживань. Вона стає більш відкритою до почуттів власного страху, боязкості й болю, а також почуттів сміливості, ніжності, благоговіння, і краще пристосованою до того, щоб прислуховуватися до відчуттів власного організму, не уникаючи їх усвідомлення.
- *Проживання кожного моменту часу, що полягає у якомога більш повному його усвідомленні.* Такий безперервний, прямий зв'язок з реальністю дозволяє "Я" і всій особистості покладатися на переживання, а не переводити їх у площину заздалегідь визначеної схеми та спотворювати її [11, с. 188–189]. Людина має здатність перебудувати власні реакції, коли у її досвіді розкриваються або надаються нові можливості.
- *Віра у свої внутрішні спонування та інтуїтивне оцінювання, постійно зростаюча впевненість у власній здатності приймати рішення.* Найбільш імовірно, що людина, яка може правильно сприймати і використовувати інформацію, яка надходить, правильно оцінить власні здібності щодо обробки цієї інформації і свою здатність реагувати на неї. Ця діяльність зачіпає не тільки інтелект, але й усю особистість у цілому. К. Роджерс вважає, що в повноцінно функціонуючої людини помилки, які вона робить, є наслідком не правильної інформації, а не тим, як вона була перероблена.

Однією із провідних і певною мірою революційних ідей гуманістичного підходу К. Роджерса, яку можна вважати подальшим розвитком концепції категоричного імперативу І. Канта, є ідея не менш категоричного й аксіоматичного прийняття позитивної сутності людини. Представлена в концепції та практиці роджерівського людино-центрованого підходу, вона входить, здебільш імпліцитно, у більшість сучасних психотерапевтичних і реабілітаційних напрямів.

Першим із науковців та практиків поняття *самоактуалізація* почав використовувати К. Гольдштейн. Він вважав, що здоро-

вим є лише той організм, у якому тенденція до самоактуалізації діє зсередини і який долає труднощі, що виникають при взаємодії із зовнішнім світом не на основі тривоги, а заради радості перемоги. Рушійною силою організму є прагнення повністю реалізувати закладені в ньому здібності та можливості. Головна причина душевних хвороб, на його думку, полягає в тому, що людина не може самоактуалізуватися. Для хворого організму мета звільнення від напруги є провідною, а для здорового, навпаки, полягає у створенні певного рівня напруги для забезпечення подальшої активності організму [6].

Згідно з теорією Г. Олпорта, особистість є системою, яка постійно розвивається. Особливістю цієї системи є її прагнення до самоактуалізації як реалізації свого життєвого потенціалу. Він вважав, що особистість у своїх виявах більше керується соціальними мотивами, аніж біологічним "Я" [15].

Важливою для Г. Олпорта була ідея становлення людського індивіда. Він зробив висновок, що вихідні біологічні диспозиції трансформуються в мотиваційні настанови, а останні, у свою чергу, стають домінантами поведінки. Мотиви до самореалізації та самоактуалізації первинно закладені в людині потребами. Мотиви розвитку утворюють спрямовану в майбутнє систему цілей, реалізація яких забезпечує формування нових можливостей людини. Для того щоб зрозуміти особистість, треба звертатися до того, ким вона може стати в майбутньому, тому що кожний стан особистості орієнтований у напрямку майбутніх можливостей [6].

У концепції американського вченого А. Маслоу, сина емігрантів з Києва, самоактуалізована людина живе творчо і повною мірою використовує свої потенціали. А. Маслоу базує свою теорію частково на власних припущеннях чи переконаннях щодо людського потенціалу та частково на своїх практичних дослідженнях відомих особистостей, яких він вважав самоактуалізованими. Група досліджуваних складалася із вісімнадцяти осіб, дев'яти сучасників і дев'яти історичних особистостей: Авраама Лінкольна, Томаса Джефферсона, Альберта Ейнштейна, Елеонори Рузвельт, Джейн Адамс, Вільяма Джеймса, Альберта Швейцера, Олдоса Хакслі та Баруха Спінози.

А. Маслоу досліджував життя цих особистостей, оцінюючи якості, які спричинили їхню самоактуалізацію. У своїх дослідженнях він виявив, що самоактуалізатори мають дійсно багато спільного. А. Маслоу також вважав, що кожному із цих людей якимось чином удалося знайти свою природу, яка унікальна для них і є однією зі справжніх цілей життя.

Незалежно від того, відомі чи невідомі, освічені чи ні, багаті чи бідні, самоактуалізатори зазвичай мають такі характеристики [16, с. 153–172]:

- ефективне сприйняття реальності;
- спокійне прийняття себе, інших і природи;
- покладання на власний досвід і судження;
- спонтанність, простоту та природність;
- зосередженість на завданні;
- автономність, високий ступінь незалежності;
- свіжість в оцінюванні світу;
- глибокі й тривалі міжособистісні стосунки;
- відстороненість і потреба в самоті;
- почуття гумору;
- пікові переживання (містичність і досвід "вищих" станів);
- соціальне співчуття, гуманізм;
- почуття причетності, єдності з іншими;
- демократичність як риса характеру;
- розрізнення засобів і цілей, добра і зла;
- креативність;
- опір акультурації.

У своїй останній роботі А. Маслоу описує вісім шляхів (типів поведінки), що ведуть до самоактуалізації.

1. "Самоактуалізація означає повне, живе, самовіддане переживання, з повною концентрацією та повним зануренням" [18, с. 45]. Зазвичай людина порівняно мало усвідомлює, що відбувається всередині неї та навколо (зокрема, за необхідності отримати свідчення про певну подію більшість версій не збігаються). Однак трапляються моменти підвищеного усвідомлення й інтенсивного інтересу, і ці моменти Маслоу називає такими, що самоактуалізують.

2. Якщо сприймати життя як процес прийняття рішень, то самоактуалізація означає, що в кожному рішенні ми робимо вибір на користь зростання. Нам часто доводиться вибирати між зростанням і безпекою, прогресом і регресом. Кожен вибір має позитивні й негативні аспекти. Вибирати безпечно означає залишатися з відомим і знайомим, але при цьому ризикувати стати застарілим і смішним. Вибирати зростання означає відкрити себе новому, несподіваному досвіду, але ризикувати зіткнутися з невідомим.

3. Актуалізуватися означає ставати дійсним, здійснювати фактично власні потенційні можливості. Під самістю або "Я" людини мається на увазі ядро, сутнісна природа індивіда, до якої входять темперамент, унікальні смаки й цінності. Таким чином, самоактуалізація – це научіння співналаштовуватися зі своєю власною внутрішньою природою. Це означає, наприклад, вирішити для себе, чи подобається тобі певна їжа або фільм, незалежно від думок і поглядів інших. "Не можна мудро вибирати життя, якщо ти не смієш прислухатися до самого себе в кожен момент життя" [18, с. 47].

4. Чесність і прийняття відповідальності за свої дії є суттєвими моментами самоактуалізації. А. Маслоу рекомендує шукати відповіді всередині, а не позувати, намагатися мати гарний вигляд чи задовольняти своїми відповідями інших. Кожного разу, коли ми звертаємося за відповіддю всередину, ми стикаємося зі своїм внутрішнім "Я".

5. Перші п'ять кроків допомагають розвинути здатність вибирати в житті краще. Ми вчимося вірити своїм судженням та інстинктам і діяти відповідно до них. Маслоу вважає, що завдяки цьому індивід вибирає краще з того, що для нього є *конституційно* правильним, як у сфері мистецтва, музики або їжі, так і у серйозних життєвих питаннях, таких як вибір супутника життя або професії.

6. Самоактуалізація є також постійним процесом розкриття своїх потенційних можливостей. Це означає застосування своїх здібностей, розуму і праці "заради того, щоб робити добре те, що ти хочеш робити" [18, с. 48]. Великий талант або розум не є тим самим, що самоактуалізація. Далеко не всі обдаровані люди

змогли повністю використовувати свої здібності, проте інші, менш обдаровані талантами, зробили неймовірно багато.

Самоактуалізація – це не річ, яку можна мати або не мати. Це процес, який не має кінця, подібний буддійському шляху просвітління. Це спосіб проживання, роботи і стосунків зі світом, а не одиничне досягнення.

7. "Пікові переживання" є перехідними моментами самоактуалізації" [18, с. 47]. Ми стаємо більш цілісними, інтегрованими, більше усвідомлюємо себе і світ у "пікові" моменти життя. У такі моменти ми думаємо, діємо і відчуваємо найбільш ясно і точно, більше любимо і більшою мірою приймаємо інших, більше вільні від внутрішнього конфлікту і тривожності, більше здатні конструктивно використовувати свою енергію.

8. Подальший крок самоактуалізації – виявлення своїх *захистів* і робота щодо звільнення від них. Ми можемо краще усвідомлювати, як спотворюємо образ себе й образи зовнішнього світу за допомогою придушення, проєкцій та інших механізмів захисту.

2.3. Зв'язок самоактуалізації з виявами захисних механізмів психіки

Нами було досліджено зв'язок самоактуалізації з виявами захисних механізмів психіки. Мета дослідження полягала у виявленні й інтерпретації взаємозв'язків між рівнем самоактуалізованості особистості та домінуючим типом її психологічного захисту. В емпіричному дослідженні використовувалися методики діагностики самоактуалізації особистості А. В. Лазукіна в адаптації Н. Ф. Каліної, опитувальник особистісної орієнтації А. А. Рукавішнікова, методика діагностики типологій психологічного захисту (опитувальник Р. Плутчика в адаптації Л. Вассермана) і опитувальник домінуючої стратегії психологічного захисту В. В. Бойко [19].

У дослідженні взяли участь 49 респондентів, з них 38 осіб жіночої статі та 12 – чоловічої. У математико-статистичному аналізі використовувався кореляційний аналіз рангових кореляцій за Ч. Спірменом.

За отриманими даними, представленими в табл. 2.1, статистично значуща кореляція виявлена між захисним психологічним механізмом *заперечення* та параметром самоприйняття. Згідно з нею підвищення параметрів заперечення зумовлює зниження параметра самоприйняття, і навпаки. Ця обернена залежність цілком природна та могла бути прогнозованою, оскільки схильність до заперечення є характеристикою, достатньою мірою протилежною до категорії прийняття, зокрема й прийняття себе. Математико-статистичний аналіз показав, що не існує статистично значущого кореляційного зв'язку між таким механізмом психологічного захисту як *витіснення* і параметрами, що характеризують рівень самоактуалізованості особистості.

Таблиця 2.1

**Кореляційні зв'язки між особистісними характеристиками
як показниками самоактуалізації
та виявами дії механізмів психологічного захисту**

	Заперечення	Регресія	Компенсація	Проекція	Заміщення	Інтелектуалізація	Реактивні утворення
Опора на інших			0,439**				0,456**
Опора на себе						-0,296*	
Часова компетентність			-0,346*		-0,292*		-0,451**
Часова некомпетентність						0,376**	
Самоприйняття	-0,300*		-0,400**				
Самоповага		-0,352*	-0,347*		-0,527**		
Спонтанність						-0,417**	-0,325*

Закінчення табл. 2.1

	Запечечення	Регресія	Компенсація	Проекція	Заміщення	Інтелектуалізація	Реактивні утворення
Реактивна чутливість				0,287*			
Прийняття агресії		0,355*				-0,285*	
Екзистенціальність			-0,349*				

Примітка: ** $p \leq 0,01$ * $p \leq 0,05$ (p – рівень статистичної значущості).

Для захисного психологічного механізму *регресії*, згідно з даними табл. 2.1, встановлено значущу обернену кореляцію за параметром самоповаги, а також значущу обернену кореляцію за параметром прийняття агресії. При зниженні показників за шкалою регресії параметри самоповаги та прийняття агресії збільшуються, і навпаки, при їх збільшенні зменшуються показники самоповаги та прийняття агресії.

Для захисного психологічного механізму *компенсації* виявлено значущу пряму кореляцію з показником опори на інших, а також значущі обернені кореляції з показниками часової компетентності, самоприйняття, екзистенційності (як гнучкості щодо життєвих цінностей і принципів), орієнтації в часі, автономності, саморозуміння та контактності. Перший взаємозв'язок можна пояснити близькістю механізму компенсації до психологічної ідентифікації із присвоєнням собі якостей іншої людини. Відсутність інтегрованості цих якостей у структуру особистості певною мірою відображується в оберненій залежності з показниками самоприйняття, екзистенційності, автономності й саморозуміння. За даними табл. 2.1 для механізму заміщення було встановлено обернену кореляцію ($p \leq 0,01$) із сильним зв'язком (-0,527) за параметром самоповаги й обернену кореляцію ($p \leq 0,01$) із середнім зв'язком (-0,400) за параметром аутосимпатії. Оскільки наслідки вияву механізму заміщення досить часто викликають у людини відчуття провини та самозвинувачення, то

це, імовірно, впливає на зниження в неї поваги до себе й аутосимпатії.

Для захисного психологічного механізму *інтелектуалізації* було встановлено п'ять значущих кореляцій, дві з яких – зі слабким і три – із середнім зв'язком. Було виявлено пряму кореляцію ($p \leq 0,01$) із середнім зв'язком (0,376) за параметром некомпетентності в часі, обернену кореляцію ($p \leq 0,01$) із середнім зв'язком (-0,417) за параметром спонтанності й обернену кореляцію ($p \leq 0,01$) із середнім зв'язком (-0,389) за параметром автономності. Два перші показники свідчать про негативний вплив інтелектуалізації як захисного механізму, зокрема щодо реалізації життєвого принципу "тут і тепер". Інтелектуалізація, таким чином, залишається поза сприйманням "психологічності" часу й імпровізаційності людського чуттєвого буття. З іншого боку, людина з вираженими виявами дії захисного механізму інтелектуалізації не визначається високою автономністю із притаманними їй життєвістю, невідчуженістю та прагненням до особистісної свободи.

Для захисного психологічного механізму *реактивного утворення* була встановлена пряма значуща кореляція з показником опори на інших і обернені значущі кореляції за параметрами некомпетентності в часі, спонтанності й автономності. Прямий зв'язок з показником опори на інших у людини з високим показником вияву дії механізму реактивного утворення певною мірою співвідноситься з думкою про гіперкомпенсаторний характер сприймання нею себе як суб'єкта з розвинутою комунікативністю, що має достатньо велику кількість дружніх стосунків. З іншого боку, ця гіперкомпенсація зазвичай гальмує вияв такої якості як спонтанність і певною мірою пов'язана з невисокою автономністю.

Таким чином, студентам з вищими показниками рівня самоактуалізації властиві менш виражені показники вияву дії захисних психологічних механізмів. При цьому захисний психологічний механізм компенсації найбільше "гальмує" щодо розвитку якостей особистості, яка самоактуалізується. Проте важливо розрізняти несвідомі вияви дії захисного психологічного механізму компенсації, з одного боку, і компенсаторність і надком-

пенсацію як один із провідних принципів реабілітаційної психології – з іншого. Одне від іншого тут відрізняє як усвідомлення, так і соціальна реалізація й визнання разом з інтегрованістю нових компенсувальних якостей у структурі особистості [19].

Засновник гуманістичного психоаналізу Е. Фромм, автор "Мистецтва любові" [20], розглядає поняття *синдрому зростання* (syndrome of growth) у протиставленні до *синдрому розпаду* (syndrome of decay). Синдром зростання розглядається як такий, що складається із трьох компонентів: біофілії, любові й абсолютної свободи.

Біофілія, за Е. Фроммом, – це любов до життя й особливого роду етика, яка має власні критерії добра і зла. Добро – це все те, що служить життю; зло – усе те, що служить смерті. Поклоніння життю є повагою до всього, що сприяє зростанню й розвитку [21].

Любов, на думку Е. Фромма, не є обов'язково лише ставленням до певної людини; любов – це настанова, орієнтація характеру, яка задає ставлення людини до світу взагалі, а не лише до об'єкта. Якщо людина кохає когось одного і ставиться байдуже до решти ближніх, то її кохання не є любов'ю, це лише симбіотичний зв'язок. Автор порівнює дві протилежні форми любові: любов за принципом буття, або плідну, і любов за принципом володіння, або неплідну. Перша передбачає виявлення інтересу і турботи, пізнання, душевний відгук, виявлення почуттів, насолоду й може бути спрямована на людину, дерево, картину, ідею. Вона збуджує і посилює відчуття повноти життя та є процесом самооновлення і самозбагачення. Любов за принципом володіння означає позбавлення об'єкта своєї "любові" свободи й тримання його під контролем. Така любов не дарує життя, а пригнічує, губить, душить, убиває [20].

Поняття свободи Е. Фромм ретельно аналізує у своїй першій англomовній роботі [22]. Він розрізняє "свободу від" (негативну) і "свободу до" (позитивну). Перша стосується емансипації від обмежень, таких як соціальні конвенції, установлені для людей іншими людьми чи установами. Це є свобода в розумінні філософії екзистенціалізму, але, на думку Е. Фромма, вона сама по собі може бути руйнівною силою, якщо не супроводжується

творчим елементом – "свободою до" – використанням свободи для інтегрування цілісної особистості за допомогою творчих дій. При цьому є обов'язковим справжній зв'язок з іншими, що виходить за межі поверхневих зв'язків звичайного соціального спілкування; за спонтанної реалізації себе людина об'єднується зі світом наново.

У процесі звільнення від влади людина може почувати себе безпорадною (це порівнюється з відчуттями немовляти у звичайному процесі розвитку дитини), доки вона не використає "свободу до" і не розвине свої засоби для змін.

Згідно з концепцією Е. Фромма, на відміну від тварин людьми рухає потреба в подоланні себе, яка визначається як бажання піднятися над пасивним і випадковим існуванням до "царства цілеспрямованості та свободи" [23, с. 4]. Ця потреба може рівною мірою задовольнятися продуктивними чи непродуктивними методами, як позитивно, так і негативно. Людина може долати свою пасивну природу як шляхом творення життя, так і шляхом його руйнування. На відміну від інших представників тваринного світу, людина здатна усвідомити цю свою функцію і, за аналогією, створювати нове: витвори мистецтва та наукові концепції, релігійні вірування і громадські інститути, матеріальні та моральні цінності, головною з яких є кохання.

Концепція біофілії як любові до життя Е. Фромма отримала розвиток і представлена як одна із основних характеристик посттравматичного зростання, коли людина починає все більше цінувати життя в усіх його виявах [32].

Хоча ідеї та провідні принципи М. Еріксона безпосередньо не описані в контексті особистісного розвитку, вони відіграють значну роль щодо мотиваційного, діяльнісного й інструментального компонентів реабілітаційного процесу та психологічного зростання. Серед них – ідея використання (утилізації) і довіра до несвідомої частини психіки, яка містить корисні ресурси оздоровлення, відновлення й розвитку. Суб'єктність психічного й узагалі людського існування втілюється в можливостях змін у ставленні людини до речей та явищ, так званої "реальності другого порядку" [24]. Принцип використання полягає в тому, що те, що виглядає як проблема, може бути використано для прийняття рішень та роз-

витку [25]. Принцип довіри до несвідомого, передусім як до ресурсної частини психіки, з одного боку, збагачує можливості розвитку й реабілітації, з іншого – є таким, що сприяє інтрапсихічній інтеграції та становленню цілісності людини [26].

Представник інтегрального підходу у психології К. Вілбер розглядає особистісний розвиток як один з рівнів психологічного розвитку, розвитку свідомості та духовного розвитку, при цьому він акцентує увагу на необхідності розпізнавання дораціонального та надраціонального рівнів свідомості [27]. К. Вілбер розглядає й узагальнює східні та західні традиції особистісного зростання та виокремлює рівні спектру свідомості, зокрема до-особистісні, рівень "Его" та надособистісні рівні. Провідним критерієм визначення цих рівнів є межі, у яких свідомість людини себе ототожнює, отже, на вищих рівнях ці межі взагалі усуваються. В узагальненому вигляді поняття та концепції щодо особистісного зростання представлені в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

**Поняття та концептуальні підходи
щодо особистісного зростання та розвитку людини**

Автори	Базові поняття	Концептуальний зміст
Платон	Калокагатія (καλοκαγαθία)	Ідеальне поєднання в людині фізичної краси та духовної досконалості
Платон, Арістотель	Евдомонія (ευδαιμονία)	Добро, що складається з усіх благ; здатність, достатня для того, щоб жити добре; досконалість щодо чеснот і ресурсів, достатніх для живої істоти [28]; найвище благо для людини [1]
І. Кант	Категоричний імператив	Дій так, щоб завжди ставитися до людей і до себе як до мети і ніколи лише як до засобу [29]
А. Адлер	Прагнення до досконалості (Das Streben nach Überlegenheit).	Є природженим і впливає на всі функції людини протягом усього життя.

Продовження табл. 2.2

Автори	Базові поняття	Концептуальний зміст
К. Г. Юнг	Індивідуація	Інтеграція несвідомого у процесі становлення цілісної особистості
Ф. Перлз	Зрілість Розширення зон самоусвідомлення	Для того щоб досягти зрілості, індивідуум має подолати своє прагнення отримати підтримку від навколишнього світу та знайти нові джерела підтримки в самому собі. Процес, який сприяє саморегуляції та підтримує рівновагу між внутрішнім світом і зовнішнім середовищем
К. Роджерс	Повноцінне функціонування людини, тенденція до самоактуалізації	Становлення людини "все більше самою собою", у напрямку від стану розбіжності з власним внутрішнім досвідом до стану конгруентності, коли будь-який потенційний внутрішній досвід усвідомлюється як власне "Я" і людина повноцінно переживає автентичність (справжність) свого індивідуального буття як процесу самоактуалізації
К. Гольдштайн	Самоактуалізація	Тенденція до усвідомлення людиною своєї сутності [30, с. 420]
А. Маслоу	Самоактуалізація, самотрансценденція	Прагнення до самореалізації, тенденція реалізації людиною свого потенціалу, усіх своїх здатностей [31]

Закінчення табл. 2.2

Автори	Базові поняття	Концептуальний зміст
Е. Фромм	Синдром зростання	Складається із трьох компонентів: біофілії, любові і свободи [6]
М. Еріксон	Принцип використання (утилізації). Довіра до несвідомого	Те, що виглядає як проблема, може бути використано для прийняття рішень і розвитку [25]. Несвідома частина психіки містить ресурси позитивних змін і розвитку [27]
К. Вілбер	Особистісне зростання як один з рівнів розвитку свідомості людини	Розрізняв доособистісні й надособистісні рівні спектру свідомості, а також рівень "Его"
Л. Калхун, Р. Тедескі	Посттравматичне зростання	Позитивні психологічні зміни, які виникають унаслідок негараздів та інших проблем і сприяють підйому на більш високий рівень функціонування

2.4. Концепція посттравматичного зростання в реабілітології

Концепція посттравматичного зростання (ПТЗ) в реабілітології вперше була запропонована у 1990-х роках Р. Тедескі та Л. Калхун для позначення позитивних психологічних змін, що виникають унаслідок негараздів та інших проблем і сприяють підйому на вищий рівень функціонування. Обставини, які при цьому виникають, кидають серйозний виклик як адаптаційним ресурсам особистості, так і розумінню нею світу та свого місця в ньому. Посттравматичне зростання передбачає трансформаційні психологічні зміни в мисленні та ставленні людини до

світу, що сприяє особистому зростанню [32]. Серед напрямів посттравматичного зростання виокремлюють такі:

1. Цінування життя людиною зростає: процес розвитку, спричинений травматичним досвідом, зумовлює зміну пріоритетів. Важливість малих, повсякденних речей збільшується. Матеріальні речі втрачають цінність, натомість особисті стосунки починають цінуватися значно більше.

2. Інтенсифікація особистих стосунків: травматична подія впливає на зміни у стосунках. Певні стосунки припиняються, інші починають цінуватися значно більше. Здатність до співпереживання зростає. Людина спроможна відчувати більше співчуття до інших, особливо тих, хто цього потребує.

3. Усвідомлення своїх сильних сторін: разом з адекватним оцінюванням власної вразливості зростає почуття внутрішньої сили, а також упевненість у тому, що можна опанувати наслідки руйнівних подій.

4. Відкриття нових можливостей у житті: людина знаходить нові цілі та завдання у власному житті. Це може бути пов'язано зі зміною професії, підвищенням соціальної активності тощо.

5. Інтенсифікація духовної свідомості: граничні переживання, викликані травматичною подією, породжують екзистенційні питання. Змінюються погляди на сенс життя, які можуть зумовити більшу духовність і духовні переживання [33].

Посттравматичне зростання було задокументоване після різних природних і техногенних травматичних подій, включаючи хворобу, яка загрожує життю, війну, насильство, імміграцію та смерть близьких [34, 35]. Воно також спостерігається в різних країнах і в контексті різних культур, тобто є універсальним явищем, але виявляє деякі культурні варіації [32]. Зростання після травм спостерігається не тільки в окремих людей, але й у сім'ях як соціальних системах.

Яскравими прикладами того, що може бути позначено терміном "посттравматичне зростання", є життєвий і професійний шлях двох видатних психотерапевтів XX століття, В. Франкля та М. Еріксона.

В. Франкль, як відомо, провів два роки і сім місяців у нелюдських умовах концтаборів Терезієнштадт, Аушвіц та Дахау,

утративши в ці часи батьків і дружину. Після звільнення він створив свій напрям екзистенційної терапії – *логотерапію*, який став усесвітньо відомим, а його книги видано 32 мовами світу. Діалектична парадоксальність феномена посттравматичного розвитку, імовірно, відобразилася в одній із технік логотерапії – *методі парадоксальної інтенції*.

М. Еріксон протягом життя був двічі паралізований через напади поліомієліту, що не завадило йому створити революцію в підході до використання гіпнозу у психотерапії та зробити потужний внесок у розвиток психотерапевтичних принципів і технік, серед яких утилізація, використання гумору, терапія випробуванням, фокусування на ресурсах, прийняття унікальної індивідуальності клієнта, використання специфічних мовленнєвих патернів, розповідання психотерапевтичних історій, мілтон-моделювання, підшиковування й ведення тощо. Інший споріднений психотерапевтичний метод під назвою *рефреймінг* ефективно використовують у нейролінгвістичному програмуванні, засновники якого, Р. Бендлер та Дж. Гріндер, також ретельно вивчали психотерапевтичну практику М. Еріксона [35].

До близьких посттравматичному зростанню термінів, які використовували різні автори, належать *знаходження вигоди* [36], *пов'язане зі стресом зростання* [37], *процвітання* [38], *фокусування на розв'язанні* [39].

Р. Тедескі та Л. Калхун виділяють три ключові елементи, які є умовами посттравматичного зростання:

1. З досвіду переживання травматичної ситуації людина приймає те, що життя є невизначеним, але це не має її тривожити.

2. Важливо свідомо поводитися із власними емоціями, сприймати і розуміти їх. Це стабілізує самооцінку та сприйняття себе.

3. Необхідно усвідомлювати відповідальність за себе, свої дії та життя, рішуче приймати власну автономію й незалежність, а також не вважати себе жертвою кризової ситуації [32].

За представленістю в різних соціокультурних середовищах явище посттравматичного зростання виявляється різною мірою. У суспільствах, що характеризуються сучасними та постмодерними цінностями, такими як США та країни Європи, відомо більше випадків посттравматичного зростання, ніж у країнах із

традиційними цінностями. Також не всі сфери посттравматичного зростання однаково представлені в усіх країнах. Вони слабше представлені в менш релігійних країнах, наприклад колишній Східній Німеччині [40]. Хоча автори дослідження пояснюють це меншою релігійністю, тут міг опосередковано впливати чинник авторитарного суспільства, що панувало на цій території кілька десятиліть.

У метааналітичному огляді Г. Праті та Л. Піетрантоні [41] підсумовують результати 103 досліджень щодо ролі у посттравматичному зростанні таких чинників, як оптимізм, соціальна підтримка та стратегії копіngu. Усі ці чинники зазначені як суттєві. Найвагомішими серед них виявилися *релігійний копінг* і *позитивне переоцінювання* (анг. positive reappraisal). Релігійний копінг розглядається як специфічне використання релігійних ресурсів у зв'язку зі стресовою подією. При цьому важливо розрізняти його потенційно функціональні та дисфункціональні форми. До перших належать надання сенсу негативній події, досягнення почуття контролю над складною ситуацією, близькість із членами релігійної громади та супровід інших людей під час великих життєвих перетворень [42]. Позитивне переоцінювання розглядається як намагання людини знайти щось позитивне у травмагенній події. Також, за даними цього дослідження, соціальна підтримка, прагнення до неї, духовність і оптимізм помірно пов'язані з посттравматичним зростанням. Дещо менший, але суттєвий зв'язок із посттравматичним зростанням має *копінгова стратегія прийняття* (acceptance coping). Автори зазначають, що ці показники не залежать від часу, який минув після травматичної події, статі та способів вимірювання посттравматичного зростання [41].

М. Шреверс зі співавторами досліджував тривалий вплив емоційної підтримки соціального оточення та різних його типів на посттравматичне зростання серед тих, хто переніс онкологічне захворювання. У результаті лонгітюдного дослідження з вимірюванням за вісім років встановлено, що емоційна підтримка з боку сім'ї та друзів у формі відновлення й/або збереження впевненості, створення комфортних умов, допомога в розв'язанні проблем у період після діагностування онкологічного захворю-

вання є важливими ресурсами щодо певних елементів посттравматичного зростання. При цьому позитивний вплив емоційної підтримки спостерігався навіть у тих, хто висловлював незадоволення такою підтримкою [43].

Проведене Т. Вайс дослідження щодо виживання хворих на рак молочної залози також свідчить про важливість соціальної підтримки. Зокрема, посттравматичне зростання в жінок суттєво впливало на посттравматичне зростання їхніх чоловіків, проте не залежало від рівня конфліктності в парах [44].

Дослідження М. Кордови зі співавторами показало, що відсутність соціальної підтримки з боку близьких, коли друзі та родина уникають спілкування, негативно впливає на психічний стан жінок, хворих на рак молочної залози [45].

Соціальна підтримка може відігравати важливу роль у розвитку посттравматичного зростання, якщо вона залишається стабільною та послідовною. Наприклад, С. Пауелл зі співавторами виявили відмінності у посттравматичному зростанні серед людей, які пережили війну в Сараєво. Ті, хто виїхав із країни та перебував у суспільстві зі стабільною соціальною підтримкою, повідомляли про більше посттравматичне зростання, ніж ті, хто залишився в місті [46].

Як стверджують Р. Тедескі та Л. Калхун, створення та функціонування груп взаємної підтримки має значущий потенціал щодо сприяння посттравматичному зростанню, оскільки вони зумовлюють обговорення перспектив, переконань, можливість метафоричного впливу під час обміну досвідом [32].

У моделі посттравматичного зростання, запропонованій цими авторами (рис. 2.1), виклики, які створюються травматичною подією, розподіляються на три сфери – емоційний дистрес та його подолання, зміну *фундаментальних структур* (анг. *fundamental schemas*) психіки індивіда, таких як переконання й цілі, і життєвий наратив як історію життя людини.

Процеси у цих трьох сферах можуть відбуватися тривалий час і бути поєднані один з одним. Щодо подолання емоційного дистресу, то процес горювання ("робота горя") може відбуватися протягом багатьох місяців, коли поступово приймаються втрати, спричинені психотравмувальною подією.



Рис. 2.1. Модель посттравматичного зростання
(за Р. Тедескі, Л. Калхун)

Зміна переконань і цілей відбувається в результаті когнітивного процесінгу, який зазвичай починається у формі автоматизованих нав'язливих неконтрольованих думок, які із часом стають усе більше контрольованими. Найсуттєвішими умовами у процесі посттравматичного зростання є соціальна підтримка, взаємна підтримка, взаємодопомога і саморозкриття людини, яка пережила психотравмувальну подію. Значне місце тут займає життєвий наратив (життєва історія) людини, розповідання іншим про те, що сталося, обговорення перспектив. Наративи травми й виживання, сенсу життя і його реконструювання суттєво впливають на процес посттравматичного зростання. Саморозкриття в розповіді може зумовити відновлення можливостей відчувати близькість до інших людей. Також наративи про травму та її подолання можуть позитивно впливати на інших людей,

зокрема в групах взаємної підтримки. Автори моделі припускають, що особистий досвід посттравматичного зростання споріднений із розвитком загальної мудрості щодо подальших життєвих перспектив. Особи, які зіткнулися із серйозними проблемами у своєму житті, можуть розвивати в собі здатність до балансу рефлексії та дії, прийняття життєвих парадоксів, а також більш відкрито та з більшим задоволенням звертатися до фундаментальних питань буття людини [32].

Певна обмеженість цієї моделі полягає в тому, що після деяких пережитих психотравматичних ситуацій, зокрема участі в бойових діях, переважають не нав'язливі думки, а яскраві візуальні образи, які повторюються (*флешбеки*). Проте сучасні психотерапевтичні напрями мають у своєму арсеналі відповідні техніки, які допомагають знизити негативний вплив флешбеків на загальне самопочуття та психічний стан людини.

Існують публікації, що спрямовують увагу на випадки посттравматичного зростання, у яких провідну роль грає соціальна підтримка без змін базової структури. Автори такого дослідження піддають сумнівам необхідність когнітивного процесінгу та зазначають, що модель не бере до уваги культурні відмінності, які можуть впливати на багато компонентів у ній, зокрема фундаментальні структури тих, хто вижив, типи травми, ступінь і види соціальної підтримки [39].

У 17-річному лонгітюдному дослідженні С. Декел зі співавторами було проаналізовано взаємозв'язок і взаємовплив посттравматичного розладу та посттравматичного зростання серед ізраїльських військовополонених. Автори зазначають, що деструктивний психологічний вплив на військовополонених є більшим, ніж у випадку бойової психологічної травми. У цьому дослідженні зазначається, що посттравматичне зростання суттєво частіше має місце за наявності посттравматичного стресового розладу, хоча останній не є обов'язковою умовою для такого зростання. Водночас більш сприятливим для посттравматичного зростання є помірний рівень пережитого дистресу. Також рівень депресивності чи тривожності не зумовлює подальше посттравматичне зростання або ж його відсутність. Однією з рис людини, яка виявляється як при посттравматичному стресовому роз-

ладі, так і посттравматичному зростанні, є гіперзбудливість. Автори пояснюють це тим, що гіперзбудливість зумовлює більше включення людини в життєві події, на відміну від унікаючої поведінки. За результатами дослідження ознаки посттравматичного зростання не впливають на рівень дистресу, який переживає людина. Звідси виникає небезпека наділення феномена посттравматичного зростання ілюзорною цінністю. Окрім цього, ознаки посттравматичного зростання не сприяють зниженню рівня депресії та тривоги і з роками мають тенденцію до редукції [47].

Деякі дослідження піддають сумніву релевантність базового опитувальника посттравматичного зростання "Posttraumatic Growth Inventory". В одному з таких досліджень П. Фрейзієр зі співавторами було проведено оцінювання достовірності вимірювання посттравматичного зростання з використанням цього опитувальника. Оцінювався зв'язок між вимірним і фактичним зростанням до та після травмувальної події на виборці студентів кількістю 122 особи. Автори порівняли оцінки опитувальника з іншими показниками посттравматичного зростання серед учасників, які повідомили про травматичну подію, і зробили висновок, що показники опитувальника зазвичай не мають відношення до фактичного зростання у сферах, пов'язаних із посттравматичним зростанням, тобто вимірне та реальне зростання відображають різні процеси. Вимірне зростання було пов'язане з копінг-стратегією позитивної реінтерпретації [48].

Питання відповідності суб'єктивної оцінки параметрів посттравматичного зростання до фактичних змін розглянуто в дослідженні Т. Цьоллнер зі співавторами [49]. За твердженням цих авторів, більшість теоретичних і емпіричних досліджень стосуються суб'єктивної оцінки посттравматичного зростання, тобто того, як його показники сприймає й оцінює щодо себе сама людина. Запропоновано розрізняти *ілюзорне* й *адаптивне* посттравматичне зростання. При цьому у процесі успішного подолання наслідків травми конструктивні, саморегулюючі компоненти посттравматичного зростання зміцнюються, а ілюзорні із часом послаблюються. Автори пропонують двокомпонентну модель, у якій розрізняють ілюзорність і адаптивність у посттравматичному зростанні. За нашою гіпотезою, спорідненою цій моделі, може бути двокомпонентність,

яку слід зазначити як компенсаторну, або зіціловальну, модель взаємодії між посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та ПТЗ. При компенсаторному процесі паралельно з елементами посттравматичного зростання виявляється певна симптоматика посттравматичного стресового розладу. Зіціловальний процес відбувається у випадку, коли людина позбувається страждань, які спричиняють вияви ПТСР, і має ознаки ПТЗ [50].

Як зазначає українська дослідниця Г. П. Лазос, усі теоретичні моделі посттравматичного зростання так чи інакше зосереджують увагу на трансформації ціннісно-сміслової сфери особистості. Допомога в переосмисленні травми, яке б зумовило нові життєві перспективи для постраждалого з формуванням нових цілей, цінностей і сенсу життя, є метою і завданням психологічного втручання при роботі із травмованими клієнтами [51].

В одному із останніх досліджень А. Браун та Дж. Чої було виокремлено сім взаємодоповнюючих шляхів сприяння посттравматичному зростанню, серед них:

- 1) зміцнення та побудова терапевтичних стосунків як із психотерапевтом, так і з тими, хто пережив подібну травму, близькими людьми, друзями і членами родини;
- 2) повага до індивідуального характеру перспектив і термінів відновлення;
- 3) дозвіл на "періоди хаосу" як на психологічному, так і на фізіологічному рівнях;
- 4) емпатичне слухання, яке підтримує розвиток людиною наративу щодо травматичної події та її переживання;
- 5) підтримка формування смислів, яка може включати відчуття цінності отриманого досвіду;
- 6) підкріплення позитивних аспектів, які визначає для себе людина, що пережила подію;
- 7) підтримка оцінювання, цілепокладання і процесу розв'язання проблеми [52].

Ці самі автори, узагальнюючи існуючі моделі інтервенцій, виокремлюють шість загальних напрямів підтримки людини у *посттравматичній подорожі* за межами терапевтичного середовища. До них належать:

- 1) *Символічна співпричетність* (анг. *Symbolic engagements*). Виявляється у таких діях, як покладання квітів, запалення свічок

або інших символічних акціях на місцях пам'ятних травматичних подій. Вона дозволяє публічно в символічній формі виражати емоції у відповідь на травми, такі як горе, надія, турбота, солідарність. Важливу роль тут відіграють індивідуально та суспільно значущі символи, що дозволяють виразити емоції, душевний біль, при цьому особисті та групові травми стають об'єктами уваги громади, перестають бути лише особистими чи груповими. Така громадська солідарність може сприяти успішному розв'язанню проблем і посттравматичному зростанню.

2) *Пропозиції піклування та турботливого ставлення до себе від ЗМІ.* Більше поширені в англomовних країнах. Робляться у формі підписних журналів і пакетів самодопомоги, які заохочують тих, хто пережив травмувальну подію, до підтримуючого та гідного ставлення до себе. Багато з таких підписок пропонують підтримуючі наліпки, тимчасові татуювання, блиск, певним чином оформлені конверти тощо. Такі підписки створюють своєрідну інтимність між читачем і тим, хто виготовляє подібні матеріали з тематикою вразливості, небайдужості та вибудовує свого роду сурогатні значущі стосунки. Через візуальну семіотику подібні журнали також можуть виглядати як "подарунок від друга". Наприклад, видання "Зцілення від шкоди" (анг. "Heal of er Harm") пропонує наліпки з текстами "Ти можеш це зробити", "Я так пишаюся тобою" або ж "Привіт хоробра, дивовижна людина" як засіб для надання емоційної підтримки. У ньому також пропонується інструментальна підтримка, така як поради та заходи, які необов'язково є доказовими, але базуються на популярних думках і тенденціях, наприклад "обнімай тварин" або "практикуй самостійні навички". Ці заходи можуть підтримувати самооцінку, цілепокладання та розв'язання проблем і певною мірою сприяти посттравматичному зростанню, хоча мають обмежені можливості через некерованість, відсутність зворотного зв'язку, спільної історії та близькості у стосунках, одномірність і сурогатність відносин між автором і одержувачем.

3) *Творчий обмін історіями.* Творчі проєкти, які підтримують обмін історіями серед тих, хто зазнав травми, також дуже поширені в англomовному інформаційному середовищі. Вони часто включають спілкування через історії та інші творчі процеси, такі

як образотворче мистецтво, фотографії та відеофільми. Цей підхід може забезпечити створення навичок, дозволяючи творчо співпрацювати тим, хто зазнав психологічної травми. Залучаючи тих, хто має травматичний досвід, до творчих процесів, такі історії є унікальним і привабливим способом спілкування і зазвичай зосереджують увагу на виділенні сильних сторін, підвищенні обізнаності та розвитку компетентностей. Завдяки творчому підходу до оповідання такі проєкти сприяють розробці наративу, що є необхідним процесом для того, щоб людина отримала сенс щодо пережитої травми, відчула цінність через набуття вміння створення оповідань, які цінуються спільноту. Іншим напрямом у творчому обміні історій є створення інтерактивних новел чи відеоігор, які залучають інших із метою побудови почуття співпереживання, що може бути ресурсом у подоланні наслідків травматичної події та посттравматичному зростанні.

4) *Онлайн-спільноти та відповіді-поради*. Відповіді-поради пишуть журналісти чи інші особи, які публікують відповіді на листи тих, хто пережив бід. Така форма привертає увагу через анонімність спілкування, тому людині легше поділитися особистими переживаннями. Такий підхід можна розглядати як сучасну альтернативу терапевтичним стосункам, проте в ньому, як і у двох попередніх випадках, не відбувається особистого контакту та розвитку стосунків. Онлайн-спільноти можуть розглядатися як такі, що створюють ілюзію спілкування без вимог дружби. Дослідження подібних спільнот у соціальних мережах виявили як позитивні, так і шкідливі взаємодії, поради та коментарі на цих сайтах; було встановлено, що часом вони зміцнюють негативну поведінку. Проте це є популярним засобом для отримання мотивуючих повідомлень, підказок і рад. Отже, більш традиційні групи зустрічей і підтримки осіб, які пережили психотравмувальні події певного типу, імовірно, усе ж таки мають перевагу перед онлайн-спільнотами через можливість безпосереднього емоційного контакту.

5) *Дигіталізація психологічної інтервенції*. Цей напрям використовує включення психологічних процедур до формату онлайн-курсу чи додатка, пропонуючи візуальну інформацію, сюжетні лінії з персонажами, питання, сповіщення та нагадування

про участь у терапевтичній діяльності, змагання, відстеження прогресу в досягненні результату, іноді із системою винагород. Такі підходи зазвичай не можуть урахувувати унікальність індивідуальності людини, яка переживає травму, і надають узагальнену інформацію або пропонують виконувати дії, які не завжди підходять для конкретної людини. З іншого боку, такі програми іноді містять завдання щодо контакту з близькими людьми та довірливих розмов з ними про свій стан. Але зазвичай вони ігнорують використання психотерапевтичних зв'язків у сприянні посттравматичному зростанню.

6) *Біометрія та керування показниками*. Вимірювання фізіологічних показників, таких як пульс, дихання, рухова активність, якість сну тощо за допомогою сучасних технологій. Існує практика самоконтролю для людей з такими психічними розладами, як біполярний розлад та ПТСР. Спеціальні пристрої нагадують користувачам про дії, які забезпечують їхнє здоров'я та благополуччя, або ж привертають їхню увагу, коли зростають стресові показники. Більшість дослідників вважають ці засоби допоміжними й такими, що не можуть суттєво впливати на мотиваційні та інші складові щодо посттравматичного зростання [52].

Дослідження вікових відмінностей процесів посттравматичного зростання та резилентної реінтеграції в учасників бойових дій на Сході України, проведене О. В. Мельник, показало, що їхня переважна більшість віком від 31 до 45 років добре адаптовані (резилентно реінтегровані, тобто такі, що усвідомлюють цінність набутого на війні позитивного досвіду і використовують його в повсякденному мирному житті). Учасники бойових дій, молодші за 30 років, характеризуються як успішною адаптацією, так і квазіадаптацією (станом, коли високий рівень психологічного благополуччя зумовлений копінг-стратегіями уникнення та дисимуляції); учасникам бойових дій старше 45 років властиві квазіадаптація і дезадаптація (неусвідомлення позитивного впливу бойового досвіду на особистість, брак ресурсів для продуктивного функціонування в мирному житті, дисимуляція й уникнення травматичних спогадів) [53].

Інші українські автори, В. О. Осьодло та Д. С. Зубовський, зазначають, що одним з найбільш проблематичних залишається

взаємозв'язок між інтенсивністю бойових дій і посттравматичним зростанням [54].

Аналізуючи серію досліджень із посттравматичного зростання, В. Климчук робить висновок, що полегшення дистресу не завжди провокує зростання, але посттравматичне зростання впливає на полегшення симптомів, фізичний стан людини та її посттравматичну адаптацію [56].

Багаторічні дослідження Т. М. Титаренко зі співавторами свідчать про те, що "життєві кризи, які багаторазово переживаються кожною людиною протягом життя, не лише руйнують цінності, смисли, стосунки. Як певний екстремум буття криза водночас є каталізатором, рушійною силою конструктивної особистісної перебудови. Складні виклики з боку середовища, які переживаються як екстремальні, травматичні, кризові, водночас стають провідною причиною важливих особистісних трансформацій. Кризові випробування стимулюють до якомога повнішого усвідомлення фундаментальних, базових цінностей, до пошуку покликання, розуміння власної ролі у всьому, що відбувається. Криза підштовхує людину до звільнення від залежностей, до більшої внутрішньої автономізації, до кардинального перегляду власного оточення. Вдало проходячи кризові випробування, людина вчиться приймати основні життєві рішення більш самостійно і відповідально, намагаючись бути вірною своїм життєвим орієнтирам" [56, с. 16].

Отже, поняття особистісного зростання й особистісного розвитку досліджували з початку XX століття, хоча передвісниками цих досліджень були ідеї філософів античних часів. Особистісне зростання є компонентом розвитку людини зокрема та людства загалом, і велика кількість дослідників розглядають поняття зростання й розвитку людини окремо від концепцій особистості. Дослідження розвитку людини після травматичних подій привернуло увагу реабілітологів лише в останні два десятиріччя, переважно в рамках концепції посттравматичного зростання. Таке зростання може реалізовуватися залежно від типу пережитої травматичної події, індивідуальних реакцій, вікових характеристик і психологічних якостей того, хто реабілітується. Ці дослідження свідчать, що явище посттравматичного зростання можна

розглядати як потужний ресурсний чинник реабілітаційного процесу, зокрема в мотиваційній складовій психосоціального супроводу.

Список використаних джерел

1. Aristotle. *Nicomachean Ethics* ; trans. T. H. Irwin. Introduction. – Hackett Publishing Company, Indianapolis, 1999.
2. Kant, Immanuel ; transl. by James W. Ellington // *Grounding for the Metaphysics of Morals*. – 3rd ed. – Hackett Publishing Company, 1993.
3. Adler A. *What life should mean to you* / A. Adler. – Boston : Little, Brown, 1931.
4. Young C. G. *The Integration of the Personality* / C. G. Young. – Farrar & Rinehart, inc, 1939.
5. *The Freud-Jung letters: The correspondence between Sigmund Freud and C. G. Jung*. Princeton / W. McGuire (Ed.). – N.Y. : Princeton University Press, 1974.
6. Frager R. D. *Personality and Personal Growth* / R. D. Frager, J. Fadiman. – 7th Edition. – Pearson Education, 2013.
7. Jung C. G. *Gesammelte Werke* / C. G. Jung. – 1933.
8. Wischmann T. *Der Individuationsprozess in der analytischen Psychologie C. G. Jungs* / T. Wischmann. – Eine Einführung, 2. – Auflage. Heidelberg, 2006.
9. Perls F. S. *Gestalt Therapy Verbatim* / F. S. Perls. – Lafayette, California : Real People Press ; New York : Bantam Books, 1969.
10. Rogers C. *A way of been* Houghton Mifflin Harcourt / C. Rogers. – 1995.
11. Rogers C. *On becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy* / C. Rogers. – Boston : Houghton Mifflin, 1989.
12. Rogers C. *Dialogues: Conversations With Martin Buber, Paul Tillich, B. F. Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May and Others* / C. Rogers. – 1989.
13. *The Carl Rogers reader* / Ed by H. Kirschenbaum, V. Henderson. – Boston : Houghton Mifflin, 1989.
14. Rogers C. R. *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework* / C. R. Rogers ; In S. Koch (Ed.) // *Psychology, the study of a science*. – 1959. – Vol. 3: *Formulations of the person and the social context*. – New York : McGraw-Hill. – P. 184–256.
15. Allport G. W. *Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality* / G. W. Allport. – New Haven and London Yale University Press, 1955.
16. Maslow A. H. *Motivation and Personality* / A. H. Maslow. – Harper & Brothers, 1954.

17. Feist J. Theories of personality / J. Feist, G. J. Feist. – 7th ed. – New York : McGraw-Hill Higher Education, 2009.
18. Maslow A. H. The farther reaches of human nature / A. H. Maslow. – Arkana/Penguin Books, 1971.
19. Тохтамиш О. М. Самоактуалізація особистості студента у зв'язку з виявами захисних механізмів психіки / О. М. Тохтамиш, О. А. Конопля // Компетентнісний підхід у професійній підготовці майбутніх психологів ; за наук. ред. О. М. Лозової. – Вінниця : Віндрук, 2014. – С. 163–176.
20. Фромм Е. Мистецтво любові / Е. Фромм ; пер. з англ. В. І. Кучменко. – Харків : КСД, 2017.
21. Fromm E. The Anatomy of Human Destructiveness / E. Fromm. – New York : Holt, Rinehart and Winston, 1973.
22. Фромм Е. Втеча від свободи / Е. Фромм ; пер. з англ. М. Яковлева. – Харків : "КСД", 2019.
23. Fromm E. On disobedience and other essays / E. Fromm. – New York : Seabury Press, 1981.
24. Nardone G. L'arte del cambiamento / G. Nardone, P. Watzlawick. – Milano : Ponte alle Grazie, 1990.
25. Zeig J. K. Experiencing Erickson: An Introduction to the Man and His Work / J. K. Zeig. – Brunner/Mazel, 1985.
26. Alman B. Self-Hypnosis: The Complete Manual for Health and Self-Change / B. Alman, P. Lambrou. – 1992.
27. Wilber K. No Boundary: Eastern and Western Approaches to Personal Growth / K. Wilber. – Shambhala, 2001.
28. Cooper J. M. Plato. Complete Works. – Hackett Publishing / J. M. Cooper, D. S. Hutchinson. – 1997. – P. 1677–1687.
29. Kant I. Gesammelte Schriften. Hrsg.: Bd. 1–22 Preussische Akademie der Wissenschaften, Bd. 23 Deutsche Akademie der Wissenschaften zu Berlin, ab Bd. 24 Akademie der Wissenschaften zu Göttingen, Berlin, 1900.
30. Goldstein K. Selected Papers / K. Goldstein // Ausgewählte Schriften. Nijhoff, Den Haag. – 1971.
31. Maslow A. H. A Theory of Human Motivation / A. H. Maslow // Psychological Review. – 1943. – Vol. 50. – P. 370–396.
32. Tedeschi R. G. Posttraumatic Growth: conceptual foundations and empirical evidence / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // Psychological Inquiry. – 2004. – 15 (1). – P. 1–18.
33. Tedeschi R. G. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // Journal of Traumatic Stress. – 1996. – 9. – P. 455–471.
34. Weiss T. Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice. Lessons Learned from Around the Globe / T. Weiss, R. Berger, R. Wiley. – Hoboken, NJ., 2010. – P. 73–85.

35. Weiss T. Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study / T. Weiss // *Journal of psychosocial oncology*. – 2002. – Vol. 20. – P. 65–80.
36. Bandler R. ReFraming: Neurolinguistic Programming and the Transformation of Meaning / R. Bandler, J. Grinder // Real People Press U.S. – 1983.
37. Affleck G. Constructing Benefits from Adversity: Adaptation Significance and Dispositional 5. Underpinnings / G. Affleck, H. Tennen // *Journal of Personality*. – 1996. – Vol. 64. – P. 899–922. – doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00948.x
38. Park C. L. Assessment and prediction of stress-related growth / C. L. Park, L. H. Cohen, R. L. Murch // *Journal of Personality*. – 1996. – 64(1). – P. 71–105. – doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x
39. O'Leary V. Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health / V. O'Leary, J. R. Ickovics // *Women's Health: Research on Gender, Behavior and Policy*. – 1995. – Vol. 1. – P. 121–142.
40. Тохтамиш О. М. Стратегія фокусування на вирішенні в консультативній соціальній роботі / О. М. Тохтамиш // *Вісн. Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка. Соціальна робота*. – 2017. – Вип. 2(2). – С. 19–25.
41. McMillan J. C. Posttraumatic Growth: What's It All about? / J. C. McMillan // *Psychological Inquiry*. – 2004. – Vol. 15, № 1. – P. 48–52.
42. Prati G. Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis / G. Prati, L. Pietrantonio // *Journal of Loss and Trauma*. – 2009. – Vol. 14(5). – P. 364–388. – doi: 10.1080/15325020902724271
43. Pargament K. I. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE / K. I. Pargament, H. G. Koenig, L. Perez // *Journal of Clinical Psychology*. – 2000. – Vol. 56. – P. 519–543.
44. Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors / M. J. Schroevers, V. S. Helgeson, R. Sanderman, A. V. Ranchor // *Psycho-Oncology*. – 2010. – Vol. 19(1). – P. 46–53. – doi: 10.1002/pon.1501
45. Weiss T. Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study / T. Weiss // *Journal of psychosocial oncology*. – 2002. – Vol. 20. – P. 65–80.
46. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study / M. J. Cordova, L. L. C. Cunningham, C. R. Carlson, M. A. Andrykowski // *Health Psychology*. – 2001. – Vol. 20. – P. 176–185.
47. Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo / S. Powell, R. Rosner, W. Butollo et al. // *Journal of Clinical Psychology*. – 2003. – Vol. 59. – P. 71–83.

48. Dekel S. Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study / S. Dekel, T. Ein-Dor, Z. Solomon // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. – 2012. – Vol. 4(1). – P. 94–101. – doi: 10.1037/a0021865
49. Does Self-Reported Posttraumatic Growth Reflect Genuine Positive Change? / P. Frazier, H. Tennen, M. Gavian et al. // *Psychological Science*. – 2009. – Vol. 20(7). – P. 912–919. – doi: 10.1111/j.1467-9280.2009.02381.x.
50. Zöllner T. Trauma und persönliches Wachstum / T. Zöllner, L. Calhoun, R. Tedeschi ; Andreas Maercker, Rita Rosner (Hrsg.) // *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. – Thieme Verlag, Stuttgart, 2006. – P. 36–45.
51. Тохтамиш О. М. Посттравматичне зростання в реабілітаційному процесі / О. М. Тохтамиш // *Вісн. Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка. Соціальна робота*. – 2018. – Вип. 1. – С. 57–62.
52. Лазос Г. П. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики / Г. П. Лазос // *Актуальні проблеми психології*. Т. 1: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. – 2016. – Вип. 45. – С. 120–127.
53. Brown A. V. Towards Care-based Design : Proceedings of the 8th International Conference on Communities and Technologies / A. V. Brown, J. H. Choi. – 2017. – C&T '17. – doi:10.1145/3083671.3083703
54. Мельник О. В. Посттравматичне зростання та резилентна реінтеграція учасників бойових дій на сході України / О. В. Мельник // *Психологічний часопис*. – 2019. – Вип. 5(6). – С. 80–92.
55. Осьодло В. І. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи / В. І. Осьодло, Д. С. Зубовський // *Укр. психол. журн*. – 2017. – Вип. 1(3). – С. 63–79.
56. Климчук В. Посттравматичне зростання та як можна йому сприяти у психотерапії / В. Климчук // *Наука і освіта*. – 2016. – № 5. – С. 46–52.
57. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практ. посіб / Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін. ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соціал. та політ. психол. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019

Розділ 3

ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ФОРМУВАННЯ СУБ'ЄКТНОСТІ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Розділ присвячено розвитку та застосуванню соціальної моделі інвалідності, що приходить на зміну медичній. Сутність соціальної моделі полягає в тому, що люди з інвалідністю мають інтегруватися в суспільство на власних умовах, а не бути пристосованими до правил світу "здорових людей". Основним результатом реалізації цієї моделі має стати сформованість людини як суб'єкта власної життєтворчості.

3.1. Способи організації суспільства щодо людей з інвалідністю

Життя будь-якої людини має бути екологічним, тобто таким, що дає їй можливість розвиватися й розвивати середовище своєї життєдіяльності, а розвинене середовище, у свою чергу, створюватиме можливість подальшого розвитку людини. Головним чинником розвитку людини є її включеність у соціум.

Проте люди з інвалідністю часто втрачають можливість як розвиватися самостійно, так і розвивати середовище власного існування через певні бар'єри (фізичні, соціально-психологічні), що існують у суспільстві, яке не бере до уваги їхні потреби. Таким чином, люди з інвалідністю живуть на "маргінезі" й потребують соціальної реабілітації – комплексу державних і суспільних заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для соціальної інклюзії людей з інвалідністю в суспільство, відновлення їхнього соціального статусу і здатності до самостійної суспільної та родинно-побутової діяльності шляхом орієнтації в соціальному середовищі. На перешкоді цьому стають, з одного боку, надмірна опіка, що сприяє подальшій інвалідизації, а з іншого – вищезгадані бар'єри. Отже, успішність соціальної реабілітації людей з інвалідністю залежить від того, які можливості надає суспільство для соціальної інклюзії цієї категорії осіб, а також способів організації суспільства щодо людей з інвалідністю (моделей інвалідності).

На сьогодні найбільш уживаними є дві моделі інвалідності: медична і соціальна. На домінуючій моделі розуміння інвалідності зазвичай будується державна політика. Вибір тієї чи іншої моделі є як результатом історичного розвитку країни, так і відображає загальне ставлення держави до людей, забезпечення рівності та дотримання принципу недискримінації. У моделях чітко виділяються соціально-політичні акценти епохи, які ґрунтуються на певних цінностях, ідеях і, як наслідок, пропонують певні послуги й економічні можливості людям з інвалідністю.

Медична модель інвалідності відображається в усіх сферах суспільного життя, зокрема у державній політиці, яка спрямовується на лікування та соціальний захист людей з інвалідністю, але не передбачає забезпечення їхньої рівності. Медична модель інвалідності є надзвичайно стійкою та розповсюдженою в суспільстві. Вона породжує багато міфів, які створюють бар'єри між людьми з інвалідністю та іншими людьми. У концепції медичної моделі використовується поняття *інвалід* (Invalid), що в перекладі з англійської означає *недійсний, недієздатний*. Медична модель інвалідності розглядає інвалідність як ваду чи хворобу, що потребує передусім медичного втручання. Відповідно людина з інвалідністю – лише пацієнт у цій моделі. Згідно з медичною моделлю лікування людини, зведення її стану і вигляду до середньостатистичної норми є єдиним прийнятним способом життя. За таких умов людина з інвалідністю опиняється відстороненою від суспільного життя, її життєдіяльність обмежена оточенням близьких людей і медичних працівників. Саме вони приймають основні рішення в житті людини з інвалідністю, що перешкоджає рівноправній участі особи з інвалідністю в житті суспільства та вільній реалізації її прав.

Медична модель створена медиками і розглядає життя "інвалідів" як тотальну проблему та результат функціональних порушень. Аналізуючи зв'язок людини із хворобою та її взаємостосунки з іншими людьми, прихильники медичної моделі розглядають передусім обмежені, а не наявні можливості, нерозривно пов'язуючи людину з її недугом. Медична модель акцентує увагу на несхожості пацієнтів, виходячи з несхожості

форм інвалідності. Якщо людина, порівняно з іншими, позбавлена певних функціональних можливостей і перебуває у скрутному становищі, то для неї ця ситуація трагічна, а сама вона – жертва обставин.

Концепція медичної моделі полягає в тому, що будь-яка людина має пристосовуватися до суспільства, а якщо вона не така як усі, то їй потрібно змінюватися, проходити реабілітацію, щоб відповідати сталим уявленням про "норму". Виходячи із цього, здатність "інвалідів" приймати рішення обмежена, оскільки вони мають прийняти умови більшості. І, насамкінець, вважають, що має існувати спеціальне, вузькоорієнтоване навчання для "інвалідів".

В Україні медична модель інвалідності частково зберігається до сьогодні. Разом із тим, завдяки розвитку науки та змінам у суспільстві, вона поступово втрачає позиції, поступаючись іншим, більш прогресивним моделям.

Медична модель інвалідності не є продуктивною і не дає жодних шансів для розвитку людини та її входження у соціум. Продуктивним є виявлення несхожості потенціалу, ресурсів людини, на які потрібно спиратися, формуючи суб'єкта життєдіяльності. Не враховуються компенсаторні механізми і прихований потенціал кожної окремої людини. Наприклад, відсутність зору компенсується загостренням слуху, і незрячі люди можуть стати видатними музикантами. Люди з розладами аутистичного спектру можуть мати високий інтелект і художні здібності, також вони здатні на надзвичайно високий рівень концентрації уваги. Люди з розумовою відсталістю можуть турботливо доглядати за іншими людьми. Отже, у кожної людини є певний потенціал, який потрібно віднайти. Вони є не "інвалідами" (тотально недієздатними), а людьми із прихованим потенціалом. Саме на цьому наголошує соціальна модель інвалідності.

Як наслідок змін у способі організації суспільства у світі загалом і в Україні зокрема щодо людей з інвалідністю відбулася зміна вживання терміна "інвалід" у законодавстві України на термін "людина з інвалідністю", що відповідає саме соціальній моделі інвалідності.

ВАЖЛИВО!

- Людина з інвалідністю – це передусім ЛЮДИНА!
- І як у кожної людини, у неї є свої особливості.
- Окрім загальних правил і норм соціуму та вимог до облаштування довкілля, наразі потрібно враховувати саме ті потреби людини з інвалідністю, які компенсують для неї (частково або повністю) певні функціональні обмеження. Це сприятиме створенню умов екологічності її життя.

Соціальна модель інвалідності визначає інвалідність як сукупність перешкод у ставленні, поведінці, просторі, що заважають повній участі людей з інвалідністю в житті суспільства. Із соціально-політичного погляду люди з інвалідністю є меншиною, реалізації прав яких стають на заваді певні бар'єри в суспільстві, створені більшістю. Відповідальність за їх усунення теж лягає на більшість. Простий приклад: якщо людина на інвалідному візку не може скористатися для переміщення автобусом зі східцями, то конструкцію автобуса потрібно змінити так, аби ним могли користуватися і люди з порушеннями руху. Модель передбачає, що усунення перешкод у ставленні, фізичних та інституційних перешкод поліпшить життя людей з інвалідністю, надавши їм такі самі, як і в людей без інвалідності, можливості на рівноправній основі. Сила моделі полягає у зміщенні основного тягаря на суспільство, а не окремих людей. Водночас вона фокусується на індивідуальних потребах, різних для різних людей з інвалідністю, на противагу медичній моделі, яка передбачає, що люди з однаковими формами інвалідності мають отримувати однакові послуги. Також соціальна модель передбачає активну участь цієї категорії населення в суспільному житті.

У соціальній моделі використовують такі поняття:

- людина з інвалідністю;
- компенсаторні можливості;
- необхідність усунення труднощів, що стоять на перешкоді інклюзії, за допомогою держави та суспільства;
- усунення бар'єрів у просторі та соціумі.

Соціальну модель інвалідності створено переважно людьми з інвалідністю, серед яких є вчені, політики, юристи. У межах цієї моделі проблеми людей з інвалідністю розглядаються як результати ставлення суспільства до їхніх особливих потреб.

Інвалідність потрібно розглядати з урахуванням взаємозв'язку окремої людини з її оточенням (як фізичним, так і соціальним). Соціально відповідальне суспільство створює рівні можливості для активного життя всім своїм членам. Якщо такі умови не створено, то людей з обмеженими можливостями варто розглядати як групу, що зазнає утисків і дискримінації, а не аномальну або трагічну. При цьому втрачають не тільки люди з інвалідністю, але й саме суспільство через втрату потужного ресурсу, що мають люди з інвалідністю, але не можуть його запровадити.

Згідно із соціальною моделлю обмежені функціональні можливості – це не властивість людини і не її провина; людина з інвалідністю може ретельно працювати над тим, щоб послабити наслідки своєї недуги, але відчуття обмеженості власних можливостей є наслідком не недуги, а ставлення інших людей і бар'єрів – як фізичних, так і соціальних. Суспільство робить людей "інвалідами" (недієздатними), коли не дає їм можливості зайняти робочі місця, отримати освіту, створює дефіцит необхідної інформації або не усуває бар'єри для пересування.

Потрібно, щоб змінювалася не тільки людина з обмеженими можливостями, але й суспільство, якому необхідно змінити негативні та патерналістські настанови стосовно людей з інвалідністю, допомогти їм боротися з недугою та надавати всім, без винятку, рівні можливості повноцінної участі в усіх сферах життя та всіх видах соціальної активності. Необхідно також створювати тотальний безбар'єрний простір.

Соціальна модель інвалідності почала формуватися у 70-х роках ХХ століття. Сучасна соціальна робота з людьми з інвалідністю та їхня соціальна реабілітація мають базуватися на розумінні інвалідності не як патологічного стану, а як процесу обмеження можливостей, коли порушення статури, функцій організму або умов оточуючого середовища знижують активність людини й ускладнюють її соціальну діяльність. Причиною об-

межених можливостей можуть стати недоліки освітніх, медичних і соціальних програм, які необхідні конкретній дитині, підлітку, дорослій людині, а також бар'єри в життєвому просторі, як зазначають О. Ярська-Смірнова та Е. Наберушкіна [12]. Отже, саме соціальна модель інвалідності відповідає екологічним вимогам до організації суспільства щодо людей з інвалідністю.

3.2. Екологічність життя людей з інвалідністю

Високий рівень екологічності життя людей з інвалідністю полягає в тому, що зазначена категорія людей має бути благополучною, здатною до розвитку й самовдосконалення, а також, з одного боку, суб'єктом власної життєдіяльності та життєтворчості, а з іншого – суб'єктом охорони, розвитку та створення елементів довкілля (життєвого середовища), яке, у свою чергу, стає середовищем розвитку людини.

Наприклад, люди з інвалідністю, об'єднані в громадську організацію, створили зону для спорту й відпочинку, де були враховані особливі потреби людей з інвалідністю, і тепер вони можуть тут не тільки відпочивати, але й займатися спортом, проходити як фізичну, так і соціальну реабілітацію на свіжому повітрі, в екологічно дружньому середовищі. Разом із тим, оскільки ця рекреаційна зона не є закритою, тут є можливість для соціальної інклюзії будь-якої категорії населення, зокрема й людей з інвалідністю.

Екологічне та соціальне середовище людини є багаторівневим і багатофункціональним. Задля розвитку й удосконалення як здоровій людині, так і людині з інвалідністю потрібно встановлювати зв'язки та розвивати взаємодію з кожним із цих рівнів. Саме в цьому мають полягати процеси адаптації, соціалізації, ресоціалізації та інклюзії загалом.

Проте, коли йдеться про взаємодію з людьми з інвалідністю, то, унаслідок неподоланого впливу медичної моделі, на перший план висуваються хвороба, недоліки, недостатність людини, а не недоліки облаштування її життєвого простору та дружнього налаштування до неї соціуму. У результаті люди з інвалідністю, що зосереджені лише на власних обмеженнях, не бачать перспек-

тив особистого розвитку та втрачають можливість жити повноцінно і продуктивно.

Щоб виправити цю негативну ситуацію, потрібно:

1) застосовувати принцип особистісного підходу до кожної людини, який полягає в тому, що необхідно пам'ятати про те, що людина – це передусім людина, особа, особистість, а не її хвороба;

2) допомагати змінювати життєве середовище з бар'єрного на екологічно дружнє;

3) формувати соціальне середовище, відкрите для будь-яких соціальних груп і верств населення;

4) створювати умови для того, щоб людина з інвалідністю могла бути суб'єктом власної життєдіяльності та життєтворчості;

5) залучати людей з інвалідністю до процесу проектування та створення інклюзивного середовища, реалізуючи заклик "нічого для нас без нас!".

У зв'язку із цим завдання, що стоять перед людьми з інвалідністю, які хочуть бути суб'єктами власної життєтворчості, мають передусім стосуватися формування й розвитку в них самомотивації, проактивності та наполегливості.

Відкриття В. Франклом внутрішньої свободи вибору реакції дозволило сформулювати поняття проактивності. Наша поведінка залежить від наших рішень (свідомих чи несвідомих). Позиція доволі яскраво виявляється в переконаннях особистості. Отже, *проактивність* означає відповідальність за своє життя та ініціювання подій [11].

У той самий час задля організації інклюзивного суспільства, де люди із особливими потребами мають почуватися рівноправними його членами, суспільство та держава мають створити для них відповідні умови, а саме:

- законодавчу базу;
- безбар'єрний простір;
- інклюзивну освіту;
- можливість працювати;
- можливість займатися спортом та інші можливості, що характеризують інклюзивне суспільство.

Ключовим моментом організації інклюзивного суспільства є соціальна модель інвалідності, що передбачає не тільки від-

критість суспільства до людей із особливими потребами, але й суб'єктність цих людей. Вони більше не мають бути лише об'єктами допомоги, а мають стати суб'єктами власної життєтворчості, яка виражається у гаслі "нічого для нас без нас!".

Формування суб'єктності людини з інвалідністю полягає в таких кроках:

1. Позбавлення *синдрому інваліда*, до якого належать такі симптоми: рентні настанови; позиція жертви; "симптом винятковості"; "симптом вивченої безпорадності"; відчуття втраченого здоров'я, втрачених можливостей, втраченого майбутнього, а також втраченого щастя.

2. Особистісне зростання – робота над собою, яка полягає не тільки в теоретичній підготовці та відвідуванні тренінгів особистісного зростання, а й у долученні до активної соціально-економічної та еколого-орієнтованої діяльності. У результаті цієї роботи:

- особистість стає більш відкритою для досвіду, реалістичною й об'єктивною, менше застосовує психологічний захист, ефективніше розв'язує свої проблеми;
- поліпшується психологічна пристосовуваність і зменшується вразливість;
- сприймання свого "Я-ідеального" наближується до "Я-реального";
- зменшується тривожність, а також фізіологічне та психічне напруження;
- підвищується самооцінка;
- особистість стає більш реалістичною і адекватніше сприймає оточуючих, а оточуючі сприймають поведінку цієї особистості як соціально зрілу;
- поведінка стає більш адаптивною та креативною (творчою).

Отже, задля особистісного зростання та соціальної інклюзії люди із особливими потребами мають:

- брати участь у розробці законів, що стосуються життя людей з інвалідністю;
- брати участь у проєктах будівництва житла та різних закладів;
- розповсюджувати інформацію про людей з інвалідністю, де йдеться про їхнє життя, проблеми і досягнення, з метою

створення позитивного образу людини з інвалідністю та подолання стереотипів;

- допомагати іншим людям з інвалідністю ставати суб'єктами власної життєдіяльності.

Коли людина з інвалідністю навчиться жити самостійно і досягати успіхів, вона зможе допомогти іншим, у кого існують такі самі проблеми, які вона подолала. Практика такої допомоги називається *рівний – рівному*. Рівна людина спроможна надати допомогу чи підтримати, оскільки в неї є відповідний досвід: вона пережила те саме і може відчувати та зрозуміти, що переживає інша людина у схожих обставинах.

Запорукою самостійного й активного життя людей з інвалідністю є безбар'єрне середовище. Серед експертів щодо створення, впровадження й експлуатації елементів безбар'єрного простору мають бути люди з інвалідністю, тобто важливо враховувати інтереси людей із особливими потребами у створенні та проектуванні життєвого середовища.

Існують рекомендації для соціальних працівників і журналістів стосовно позитивного та конструктивного підходу до створення образу інвалідності у засобах масової інформації, але правильним буде, коли самі люди з інвалідністю презентуватимуть себе, а держава та суспільство займатимуться соціальною рекламою, створенням кінофільмів, театральних постанов тощо. Адже важливим принципом взаємодії з людьми з інвалідністю є гасло "не за них (людей з інвалідністю), а для них". Отже, науковці, соціальні працівники, психологи, педагоги, а також держава, суспільство і бізнес мають передусім створювати можливості для того, щоб люди з інвалідністю могли вести самостійне життя.

Формуючи екологічне та соціально дружнє середовище, починати потрібно, з одного боку, з мікрорівня екологічного та соціального середовища, а з іншого боку, процеси на мікрорівні мають відбуватися на тлі макросоціального та макроекологічного середовища.

Говорячи про багаторівневність соціального оточення особистості, американський психолог Урі Бронфенбреннер запропонував модель соціальних систем, яка впливає на формування осо-

бистості. На сьогоднішній день ця модель екологічних систем є досить впливовою моделлю формування особистості, а отже, вона ефективна у процесі соціальної інклюзії [13].

У. Бронфенбреннер вважає, що у процесі соціалізації необхідно враховувати всю сукупність чинників навколишнього середовища і умов життя: мікро- і макросоціальне оточення, вплив засобів масової інформації, національні та культурні особливості, характеристики соціальних інститутів тощо. Розвиток особистості є результатом взаємодії як внутрішніх, суб'єктивних, чинників, так і зовнішніх, об'єктивних. Причому, оскільки соціальне середовище постійно змінюється, процес соціалізації не завершується ніколи. Розвиток людини – це динамічний, здійснюваний у двох напрямках, реципрокний процес. Реципрокний процес формування та розвитку особистості можна проілюструвати таким прикладом: особистість, яка формується, активно реструктурує своє багаторівневе життєве середовище, і водночас це змінене середовище впливає на неї. Цей процес відбувається протягом усього життя.

Соціальне середовище, як зазначає У. Бронфенбреннер, має чотири рівні:

- 1) мікросистема (найближче оточення людини);
- 2) мезосистема (взаємовідносини між різними сферами мікросистеми);
- 3) екзосистема (елементи соціального середовища, до яких індивід безпосередньо не належить, але які впливають на нього, напр. адміністрація школи, міська влада тощо);
- 4) макросистема (соціокультурні норми, системи соціальних уявлень і настанов, норми та правила соціальної поведінки, що характерні для певної субкультури).

Ці рівні можна зобразити у вигляді концентричних кілець, які вміщені одне в одне. Характерною особливістю цієї моделі є гнучкі прямі та зворотні зв'язки між різними соціально-екологічними системами [7, 13].

Спираючись на модель соціально-екологічних систем, запропоновану У. Бронфенбреннером, ми створили соціо-екологічну концепцію, яка відображає покроково формування та розвиток соціальної інклюзії людей з інвалідністю [6].

3.3. Принципи соціальної, педагогічної та психологічної роботи з людьми з інвалідністю

Екологічність життя людей з інвалідністю забезпечує дотримання принципів соціальної, педагогічної та психологічної роботи, а саме *принципів*:

- особливого підходу;
- розвитку;
- активності;
- рівності;
- надання влади (принцип наснаження)
- суб'єктності;
- профіцитарного підходу;
- єдності свідомості та діяльності;
- екологічності.

Принцип особливого підходу потребує врахування особливих потреб людини з інвалідністю та їх задоволення задля компенсації обмежених можливостей, що виникли. При цьому має зберігатися формула "робимо для людини, а не за людину", тобто для людини з інвалідністю потрібно створювати такі умови, що максимально компенсують її обмеження і дозволять стати активним учасником соціуму. Разом із тим варто пам'ятати, що надмірна опіка людини з інвалідністю ще більше її інвалідизує. Унаслідок гіперопіки в людини може розвинутися симптом вивченої безпорадності, який виявлятиметься в тому, що суб'єкт гіперопіки переходить у позицію об'єкта і втрачає навички та здібності, які мав і використовував.

Нижче зазначимо, чого передусім потребують люди з інвалідністю.

Для людей, які мають проблеми з пересуванням у просторі, потрібно створити безбар'єрне середовище. Це не тільки пандуси, а й спеціально пристосовані ліфти, входні двері, східці, особливі місця у громадському транспорті тощо. На жаль, більшість пандусів, що були побудовані в Україні, не придатні для пересування на візках.

Для людей, що мають проблеми із зором, потрібно встановлювати звукові світлофори, створювати аудіокниги, друкувати

книги шрифтом Брайля. У музеях і картинних галереях налаштовувати спеціальне обладнання, яке давало б людині відчутти атмосферу творів мистецтва. Для людей зі зниженим слухом треба створювати можливість купити якісний пристрій або зробити операцію.

Разом із цим важливо пам'ятати, що до проектування й упровадження засобів, які допомагають компенсувати функціональні обмеження, потрібно обов'язково запрошувати як консультантів і експертів людей, для яких ці засоби впроваджуються.

Отже, принцип особливого підходу означає, що особливі потреби для соціальної інклюзії мають бути задоволені суспільством і державою за допомогою осіб із особливими потребами, завдяки чому люди з інвалідністю зможуть діяти в суспільстві нарівні з іншими його членами. Таким чином, принцип особливого підходу пов'язаний із принципом надання влади (принцип наснаження).

*Принцип надання влади в сучасній соціальній роботі визначається терміном імпаурмент (наснаження, активізація). Термін виник у соціальній роботі у 80-х роках ХХ століття, коли почали обговорювати суперечності між залежністю та незалежністю, автономією та захистом людини, правами громадян та владою уряду. Саме тоді було сформульовано, що *призначення соціальної роботи полягає в тому, щоб допомогти людям допомогти собі.**

Т. Сила зазначає, що в основу концепції імпаурменту покладено владу як комбінацію здатності та можливості впливати на перебіг подій [9]. Концепти соціального капіталу та наснаження набувають особливої актуальності в Україні, що декларує свій поступ до громадянського суспільства, підвищення якості життя та соціального добробуту. Використання концепту наснаження відкриває нові перспективи в дослідженні таких соціально-психологічних феноменів, як соціальна взаємодія, спільна діяльність, соціальне середовище, якість життя, соціальний капітал, влада, вплив, зміни, ідентифікація, мотивація, соціально-психологічна компетентність тощо. Виходячи із цього, соціальний працівник має перевести клієнта соціальної роботи з об'єкта допомоги на суб'єкт самопомоги.

Обґрунтування необхідності сприяння людям у самодопомозі складається із трьох частин: етичної, політичної та психологічної.

- *Етичні причини* необхідності застосування імпаурменту спираються на віру в надзвичайну цінність кожної людини.
- Демократичні переконання забезпечують *політичне обґрунтування* того, що влада має бути розподілена між громадянами.
- *Психологічне обґрунтування* полягає в тому, що люди тим швидше й охоче змінюються, діють, дотримуються певного плану, чим більшу роль вони відіграють у прийнятті рішень. Мотивація – важливий принцип у соціальній роботі. Послуги успішні тільки тоді, коли клієнт бере активну участь у користуванні ними. Найкращі послуги та найдосвідченіші консультанти не будуть ефективними, якщо користувачі не будуть залучені до планування роботи служб, оскільки користувачі – це найкращі експерти послуг.

Принцип розвитку передбачає творчу діяльність, як із боку суспільства, так і з боку самого суб'єкта розвитку. Така діяльність має враховувати та проєктувати позитивні зміни в компетентностях людей з інвалідністю, тобто їхніх здібностях до розв'язання якомога ширшого класу завдань, що стоять перед ними, або завдань, які вони самі перед собою ставлять, поступово піднімаючи планку своїх домагань. Дотримуючись цього принципу для соціалізації людей із особливими потребами, необхідно так будувати програми абілітації та реабілітації, щоб поступово підвищувати вимоги до їхніх суб'єктів. При цьому завдання, які вони мають виконувати, повинні із самого початку бути помірно складними, але з акцентом на прикметник "складними", оскільки, як зазначає Л. С. Виготський, "навчання веде за собою розвиток" [1, с. 233–234].

Як показує практика, ефективною для соціальної інклюзії є екологічна діяльність, спрямована на охорону, розвиток і створення елементів довкілля. У свою чергу, екологічна діяльність, поєднана з екологічною свідомістю, що спрямована на відображення мікро-, мезо-, макро- та мегарівней середовища, визначає рівень екологічної культури суб'єкта розвитку.

На основі поєднання форм екологічної свідомості й екологічної діяльності ми побудували таблицю (табл. 3.1), у якій відо-

бражено рівні розвитку екологічної культури – від найнижчого, першого, але позитивного, оскільки в таблиці відсутні форми екодеструктивної діяльності – збереження довкілля на рівні мікросередовища, до найвищого (дванадцятого) – створення елементів довкілля на рівні мегасередовища.

Екологічна культура визначається як система індивідуальних морально-етичних норм, поглядів, знань, настанов, цілей і цінностей, що стосуються взаємовідносин у системі "людина – довкілля", і реалізується через екологічну свідомість, що відображає мікро-, мезо-, макро- та мегарівні середовища, а також через екологічну діяльність, що виявляється у підтримці, розвитку довкілля та створенні його елементів. У свою чергу, розвиток екологічної культури є важливим чинником соціальної інклюзії суб'єкта розвитку.

Також у табл. 3.1 зафіксовано принцип *єдності свідомості та діяльності*, сформульований С. Рубінштейном і конкретизований О. Леонтьєвим. Принцип наголошує на тому, що свідомість людини формується, розвивається та виявляється в діяльності [2, 3, 8]. У свою чергу, розвинена свідомість сприяє активізації діяльності.

Таблиця 3.1

**Представленість екологічної культури
у формах екологічної діяльності та екологічної свідомості**

	Форми діяльності та свідомості	Еколого-орієнтована діяльність		
		Збереження довкілля	Розвиток довкілля	Створення елементів довкілля
Екологічна свідомість	Відображення мікрорівня середовища	Налаштування на позитив: догляд за власною кімнатою, робочим місцем, садом, квітником	Налаштування на конструктив: створення умов для зростання зелених насаджень на власному подвір'ї, у квартирі	Налаштування на співробітництво: закладення саду, засадження городу; будівля власної оселі; заселення акваріума

Закінчення табл. 3.1

	Форми діяльності та свідомості	Еколого-орієнтована діяльність		
		Збереження довкілля	Розвиток довкілля	Створення елементів довкілля
	Відображення мезорівня середовища	Догляд за територією міста; участь в акціях проти вирубки дерев і незаконної забудови	Розвиток екологічної культури громад; установлення урн для сміття, баків для роздільного збирання відходів	Відновлення екосистеми озер і річок; створення спеціально облаштованих місць для відпочинку
Екологічна свідомість	Відображення макrorівня середовища	Створення законодавчої бази; прибирання морського узбережжя; охорона лісу, встановлення енергозберігальних приладів	Розвиток еколого-економічної культури; створення заповідників, проєктів розвитку довкілля, рекреаційних зон	Прибирання звалищ і озеленення їхньої території; насадження садів і парків
	Відображення мегарівня середовища	Розробка екозберігальних та інтернет-технологій, електронних книжок; зменшення викидів у атмосферу	Запровадження неперервної екологічної освіти; розробка екологічних технологій переробки відходів	Винайдення штучних джерел енергії; відновлення озонового шару; вирощування лісів; засадження пустель

Засновник грузинської школи настанови Д. Узнадзе зазначав, що активність, яка виникає у процесі навчання, є не тільки засобом, а й має власну цінність, оскільки основне місце в навчанні займає не продукт, що надається нам як конкретна навичка чи інформація, а розвиток у певному напрямку того, хто навчається. Отже, головним у навчанні, на думку Д. Узнадзе, є не кон-

кретна навичка чи знання, а розвиток сил, що беруть участь у процесі навчання [10].

Як видно із табл. 3.1, екологічна діяльність сприяє поступовому (від першого рівня до дванадцятого) включенню суб'єкта діяльності в усе більші соціальні групи, сприяючи, таким чином, його соціальній інклюзії. При цьому екологічна діяльність, що пов'язана з довкіллям, зазвичай має психотерапевтичний ефект, а отже, сприяє реабілітації суб'єкта діяльності [5, 6]. Таким чином, тут мають місце принципи єдності людини і природи та єдності людини і довкілля.

Принцип єдності людини і природи наголошує на необхідності розглядати буття людини та буття природи як органічну цілісність. Із цього принципу випливає, що людина є не лише членом суспільства, а й повноправним представником органічного світу. Здійснюючи вплив на природу як представник соціуму, вона відчуває на собі наслідки цього впливу і як соціальна, і як природна істота.

Базуючись на цьому принципі, реабілітологам потрібно детально розробити концепцію взаємодії та взаємовпливу людини і природи. Варто розглянути, як впливають на людину, її психіку, психічний і психофізіологічний стан окремі чинники природи: зорові, слухові, нюхові, температурні тощо, які з них є шкідливими, корисними або нейтральними. У практичному плані необхідно розробляти технології та методи реабілітації людей з інвалідністю за допомогою природних чинників: води, сонця, піску, природних ландшафтів, звуків природи тощо.

Крім того, оскільки людина зазвичай взаємодіє не тільки із природою, а й культурним, техногенним і соціальним середовищем, то варто застосовувати і *принцип єдності людини та довкілля* в широкому значенні – як природне, культурне, техногенне та соціальне середовище. Завдання, що впливають із цього принципу, ті самі, що за принципом єдності людини і природи, але до них потрібно додати аналіз взаємодії людини та культурного, техногенного і соціального середовища, що, у свою чергу, сприятиме соціальній інклюзії.

Принцип активності наголошує на тому, що людям з інвалідністю потрібно створювати такі умови, щоб вони мали можливість брати участь у різних заходах нарівні з усіма.

Принцип рівності вказує на необхідність ставлення до людини з інвалідністю як до рівної, партнера, який опинився у скрутному становищі та потребує допомоги, проте до нього теж можна і потрібно звертатися по допомогу. Також принцип рівності передбачає однаковий доступ до всіх закладів та інституцій: закладів культури і освіти, спортивних закладів, магазинів, торгових центрів, транспортних засобів тощо.

Принцип емоційно-мотиваційної підтримки означає важливість застосування таких заходів, що сприяли б виникненню мотивації до діяльності, яка спрямована на успіх і розвиток. Серед таких заходів – зустрічі з людьми, які, подолавши перепони на своєму життєвому шляху, досягли успіхів у різних сферах життєдіяльності, отримання інформації про таких людей і перегляд фільмів, як художніх, заснованих на реальних подіях, так і документальних. Також важливо заохочувати людей до різних видів діяльності та демонструвати їхні успіхи у ЗМІ та соціальних мережах.

Принцип профіцитарного підходу. Профіцитарний підхід полягає, зокрема, у тому, що потрібно підкреслювати й розвивати достоїнства, таланти, здатності людини, а не концентруватися на її недоліках і обмеженнях.

Принцип суб'єктності передбачає ставлення до людини з інвалідністю як до самостійної особистості, здатної будувати своє життя і планувати своє майбутнє. Якщо людина не готова до цього, то надавати їй допомогу такою мірою, якою вона активізує власні ресурси і життєві сили. Виходячи із цього, окрім допомоги зовні, потрібно акцентувати увагу на самопомозі.

Програма співпраці психолога та соціального працівника з людьми з інвалідністю має враховувати кроки, спрямовані на зміну їхньої свідомості, а саме на сприйняття навколишнього світу та свого місця в ньому. Це передусім свідомість, що спрямована на відображення мікросередовища (внутрішній світ і найближче оточення – дім, сім'ю), мезосередовища (побудинкової території, вулиці, мікрорайону, а також друзів, сусідів, співробітників, місцевої громади), макросередовища (міста, країни, а також співгромадян і суспільних і громадських організацій) [5, 6].

Ми вважаємо, що ця програма має базуватися також на принципі єдності свідомості і діяльності та принципі екологічності. Принцип *єдності свідомості і діяльності* наголошує на тому, що свідомість людини формується та виявляється в діяльності, тобто діяльність є необхідною для формування свідомості.

Принцип екологічності відображає змістовий характер взаємодії в системі "індивід – середовище". Суто екологічною буде така взаємодія у зазначеній системі, яка створює двосторонні домовленості з метою розвитку всіх її значущих (системоутворюючих) компонентів. Наприклад, якщо характеристики середовища сприяють поліпшенню умов розвитку людини, то це, безумовно, екологічно позитивний зв'язок. Але зв'язок стає справді екологічним, якщо і сама людина своїми діями поліпшує умови функціонування та розвитку компонентів середовища. Найвищим рівнем екологічності буде така діяльність людини, яка, завдяки розвитку елементів довкілля, створює середовище власного розвитку.

3.4. Формування та розвиток соціальної інклюзії людей з інвалідністю

Поєднання свідомості, спрямованої на відображення навколишнього середовища, з діяльністю у цьому середовищі формує картину розвитку культури життєдіяльності, яку ми представили в табл. 3.2 [5, 6]. З табл. 3.2 видно, що завдяки поєднанню різних рівнів відображення середовища (мікро-, мезо- та макрорівня) з різними формами діяльності (реабілітація, розвиток, абілітація) можна створити покрокову соціально-психологічну програму формування та розвитку культури життєдіяльності людей, що отримали інвалідність. Першим кроком буде реабілітація на мікрорівні, тобто відновлення морально-психологічного стану та життєдіяльності у просторі власної квартири чи будинку, другим – розвиток досягнутого, підготовка до переходу на вищий рівень, третім – засвоєння нових форм діяльності в домашніх умовах тощо. Дев'ятим кроком, як ми бачимо з табл. 3.2, стає розвиток здатності активно і продуктивно функціонувати на макрорівні, тобто рівні міста або країни, створюючи й упрова-

джуючи різні проекти, спрямовані зокрема й на розвиток культури життєдіяльності людей з інвалідністю.

Необхідно зазначити, що подібну таблицю-програму психолог або соціальний працівник має створювати разом із суб'єктом розвитку – людиною, що має інвалідність, але хоче подолати власні обмеження і стати повноправним членом суспільства. Саме ця людина має наповнювати змістом і конкретизувати таблицю-програму. Наприклад, на першому рівні (соціо-екологічного середовища) треба передусім відновити внутрішні ресурси людини, допомогти їй збалансувати емоційний стан, віднайти смисл життя, а також сприяти відновленню картини світу, у якій буде місце для життєтворчості та розвитку людині з інвалідністю. Задля досягнення зазначених цілей потрібні як робота із психологом, так і саморозвиток і самовдосконалення. Окрім саморозвитку та самовдосконалення, згідно із принципом екологічності, важливим є також облаштування власного мікросередовища, яке, у свою чергу, сприятиме подальшій адаптації до цього середовища.

Другий рівень формування й розвитку соціальної інклюзії людей з інвалідністю полягає передусім у налаштуванні, за допомогою соціального працівника, на встановлення соціальних зв'язків із представниками різних владних інституцій, а також громадських організацій і навчальних закладів, і працедавцями. Тут важливо, за потреби, за допомогою психолога чи соціального педагога пройти професійну орієнтацію й вибрати майбутню професію.

Третій рівень інклюзії полягає в закладенні бази для соціальної та професійної діяльності. На цьому рівні передусім потрібен супровід соціального працівника, який зможе роз'яснити, які права та можливості має в суспільстві людина з інвалідністю, а також допоможе написати резюме та знайти роботу або можливості для навчання, отримання кваліфікації, нової професії тощо. До того ж на цьому рівні – мікрорівні соціо-екологічного середовища – важливим є створення:

- гармонійного внутрішнього світу, де є місце для захоплення різними виявами життя та бажання духовного розвитку;

- екологічно-дружнього середовища у власному помешканні, адже, розвиваючи власне життєве середовище, людина створює умови для свого подальшого розвитку.

Таблиця 3.2

Представленість формування та розвитку соціальної інклюзії людей з інвалідністю

	Форми діяльності та свідомості	Соціально-орієнтована та еко-орієнтована діяльність		
		Адаптація. Навички спілкування	Ресоціалізація. Соціалізація	Соціальна активність. Лідерство
Соціальна свідомість	Відображення мікрорівня соціо-екологічного середовища	Перший рівень	Другий рівень	Третій рівень
		Вихід із пригніченого стану та налаштування на позитив; відновлення діяльності на території кімнати, квартири, будинку; догляд за кімнатою, робочим місцем, власним садом, квітником; взаємодія із внутрішнім світом, рідними та близькими, соціальним працівником	Налаштування на конструктивну діяльність; засвоєння засобів, що полегшують функціонування; розвиток екологічності власного життєвого простору, що надихатиме на працю та цікаве дозволя; профорієнтування та профдобір; підготовка до навчання та отримання нової професії; налагодження довірливих взаємин із	Налаштування на співробітництво та розвиток; засвоєння нових форм діяльності в домашніх умовах; створення екологічно-дружнього середовища у власному помешканні; виявлення ініціативи у спілкуванні з рідними, близькими та друзями; написання резюме та пошук роботи; професійна діяльність онлайн,

Продовження табл. 3.2

	Форми діяльності та свідомості	Соціально-орієнтована та еко-орієнтована діяльність		
		Адаптація. Навички спілкування	Ресоціалізація. Соціалізація	Соціальна активність. Лідерство
Соціальна свідомість	Відображення мезорівня соціо-екологічного середовища	Перший рівень	Другий рівень	Третій рівень
			родиною та друзями, контактування із представниками навчальних закладів і працевлаштуваннями	
Соціальна свідомість	Відображення мезорівня соціо-екологічного середовища	Четвертий рівень	П'ятий рівень	Шостий рівень
		Відновлення діяльності в межах подвір'я, вулиці; налагодження спілкування із сусідами та широким колом друзів; спілкування із сусідами та друзями на основі впорядкування території загального подвір'я, вулиці	Освоєння засобів, що допомагають діяти на території поза будинком; допомога близьким людям, що перебувають у скрутному становищі; влаштування на роботу, вступ до навчального закладу, відвідування курсів підвищення кваліфікації; удосконалення якості прилеглих територій	Налагодження спілкування з місцевою громадою та її керівниками; освоєння нових видів професійної діяльності; участь у створенні безбар'єрного й екологічного дружнього середовища життєдіяльності; організація соціального бізнесу

Закінчення табл. 3.2

	Форми діяльності та свідомості	Соціально-орієнтована та еко-орієнтована діяльність		
		Адаптація. Навички спілкування	Ресоціалізація. Соціалізація	Соціальна активність. Лідерство
Соціальна свідомість	Відображення макрорівня соціо-екологічного середовища	Сьомий рівень	Восьмий рівень	Дев'ятий рівень
		Відновлення діяльності в межах міста, країни; входження у великі соціальні групи; участь у природоохоронних акціях	Розвиток власних можливостей; підвищення кваліфікації; поліпшення довкілля на рівні міста, країни; участь у запровадженні енергозберігальних технологій	Заснування організацій; видання періодичних видань; участь у створенні законодавчої бази; створення проєктів і електронних ресурсів, що стосуються збереження довкілля й розвитку соціальної інклюзії

Варто зазначити, що людина, яка починає проходити шлях ресоціалізації, має робити свій перший власний крок та йти далі, стаючи все більше самостійною. Завданням соціального працівника, психолога, соціального реабілітолога, соціального педагога, а також рідних і близьких має бути надання допомоги рівно настільки, наскільки потребує людина з інвалідністю для опанування або відновлення вмінь та навичок самостійного життя.

Наступні три рівні розвитку соціальної інклюзії людей з інвалідністю становлять мезорівень соціо-екологічного середовища, а саме в межах під'їзду, подвір'я, вулиці, громади, а також навчального чи виробничого закладу, офісу. На четвертому рівні суб'єкту соціальної інклюзії варто бути достатньо самостійним, щоб налагодити спілкування із сусідами та широким колом друзів. Сприяти цьому може відвідування комунікативних тренінгів, а також спілкування із сусідами та друзями на основі будь-якої суспільно-корисної справи, наприклад облаштування місць

суспільного користування – спортивних і дитячих майданчиків, рекреаційних зон тощо. Надзвичайно важливою на цьому етапі інклюзії є не просто спілкування, а й допомога, за можливості, близьким людям, які перебувають у скрутному становищі.

Щодо облаштування життєвого середовища, людина з інвалідністю, що перебуває на цьому етапі входження в суспільство, має стати експертом з побудови безбар'єрного середовища, оскільки саме вона є споживачем послуг, які надаються людям з обмеженими можливостями, і саме вона має відчувати, як ці обмеження знімаються та з'являється можливість вільно почуватися у просторі.

Важливо зазначити, що під час реабілітації та супроводу процесу формування і розвитку соціальної інклюзії людей з інвалідністю соціальний реабілітолог, соціальний працівник, психолог або соціальний педагог, у міру зростання рівня інклюзії їхніх підопічних, мають поступово зменшувати масштаб своєї допомоги та втручання у процес.

І, нарешті, опиняючись на макрорівні соціо-екологічного середовища, людина з інвалідністю стає повноправним і проактивним членом соціуму. Вона й далі розвиває власні можливості та зростає як особистість. Отже, результатом соціальної реабілітації є відновлення особистого соціального статусу, забезпечення соціальної адаптації в суспільстві, досягнення певної соціальної незалежності та віднаходження перспективи подальшого особистісного і професійного зростання.

Список використаних джерел

1. Выготский Л.С. Психология / Выготский Л.С. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 1008 с.
2. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – М. : Политиздат, 1975.
3. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики / А. Н. Леонтьев. – 4-е изд. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1981.
4. Львовичкіна А. М. Екологічна психологія : навч. посіб. / А. М. Львовичкіна. – К. : Міленіум, 2003.
5. Львовичкіна А. М. Психологія розвитку екологічної культури : монографія / А. М. Львовичкіна. – К. : ВПЦ "Київ. ун-т", 2015.

6. Львовчкіна А. М. Екопсихологічні основи соціальної роботи із людьми з інвалідністю : навч. посіб. [Електронний ресурс] / А. М. Львовчкіна. – 2020. – Режим доступу : [<http://www.ecoacademy.org.ua/publication/ekopsychologichni-osnovy-socialnoyi-roboty-iz-lyudmy-z-invalidnistyu>]
7. Москаленко В. В. Соціальна психологія : підручник / В. В. Москаленко. – 2-ге вид., випр. і доп. – К. : Центр учбової літ-ри, 2008.
8. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – М. : Педагогика, 1973.
9. Сила Т. І. Міждисциплінарний зміст категорії наснаження / Т. І. Сила // Вісн. Чернігів. нац. пед. ун-ту ім. Т. Г. Шевченка. Серія : Психол. науки. – 2010. – Вип. 82, Т. II. – С. 194–197.
10. Узнадзе Д. Н. Психологические исследования / Д. Н. Узнадзе. – М. : Наука, 1966.
11. Франкл В. Людина у пошуках справжнього сенсу / В. Франкл. – К. : Книжковий клуб сімейного дозвілля, 2020.
12. Ярская-Смирнова Е. Р. Социальная работа с инвалидами / Е. Р. Ярская-Смирнова, Е. К. Наберушкина. – СПб. : Питер, 2004.
13. Bronfenbrenner U. The ecology of human development / U. Bronfenbrenner. – Cambrige : MA. Harvard University Press, 1979.

Розділ 4

СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СПІЛЬНОТ: ГРУПОВА РЕФЛЕКСІЯ ЗЦІЛЕННЯ

У розділі представлено аналіз світового досвіду соціальної реабілітації постраждалих спільнот як процесу зцілення громади. Розглядаються моделі "одужання" спільноти від наслідків природних катастроф, а також особливості відновлення спільноти після травми війни. Виокремлено чотири підходи до розуміння постраждалих спільнот (просвітницький, психоаналітичний, соціально-конструктивістський і організаційно-психологічний). Запропоновано три масштаби групової рефлексії в інтервалах часу для соціально-психологічного аналізу динаміки постраждалої спільноти: ургентний, тривалий і трансгенераційний. Підкреслено роль історичного часу (минулого й особливо майбутнього) у зціленні громад. Наведено огляд концепцій, що розвинулися за останні два десятиліття у сфері реабілітації спільнот: п'ятифазна модель зцілення поствоєнної громади Кімберлі Мейнард, модель пульсації та мембрани травми Ерін Марц, модель пошуку комфорту у важкі часи щоденної повільної травми Ерла Джонсона. Обґрунтовано тематичну і дидактичну структури навчального курсу в підготовці соціального реабілітолога, принципи викладання нової дисципліни.

4.1. Виклики відновлення поствоєнних громад

Світ перебуває в постійному чергуванні викликів і катастроф, зумовлених як природними катаклізмами, так і людськими чинниками (техногенними або соціальними, напр. збройними конфліктами). Україна також перебуває в ситуації підвищеної небезпеки надзвичайних ситуацій у зв'язку з агресією РФ, анексією АР Крим і тривалим міжнародним збройним конфліктом на території країни в Донецькій і Луганській областях. Це створює підвищений запит на кваліфікованих фахівців соціономічного профілю, які глибоко розуміють механізми підвищення психологічної готовності та спроможності громад до ефективних дій у надзвичайних ситуаціях. За класифікацією Койперс та ін. [14], знання про шляхи відновлення поствоєнних громад потребують спеціальної підготовки, яка дасть можливість фахівцю здійснювати реабілітацію громади з урахуванням соціально-психологічних наслідків на мікрорівні (сім'я), мезорівні (організації й об'єд-

нання), екзорівні (структури та інституції), макрорівні (суспільні настанови і громадська думка).

До традиційних небезпек, що здатні заподіяти громаді шкоду, перетворивши її на постраждалу спільноту, можна віднести катастрофи: стихійні лиха, загострені кліматичними змінами (землетруси, паводки і затоплення, руйнівні урагани, цунамі, масштабні пожежі тощо), техногенні надзвичайні ситуації (аварії на хімічних та інших виробництвах, транспортних магістралях), у яких гинуть люди або існує безпосередня загроза життю мешканців. До таких природних чинників маємо віднести й епідемії, зокрема пандемію COVID-19, яка в Україні за дев'ять місяців (березень-жовтень) охопила півмільйона мешканців і забрала життя у понад 10 тис. осіб, що можна порівняти з кількістю загиблих за майже сім років російсько-української війни на Донбасі. Прикладами надзвичайних ситуацій, пов'язаних із воєнними діями, є нещодавні пожежі на військових складах, екологічні катастрофи від хімічних виробництв на окупованих територіях, масові отруєння дітей невідомими речовинами на лінійках у закладах освіти, підбивання дітей на полишених без нагляду гранатах, випадки використання зброї у цивільних ситуаціях тощо. Медіависвітлення зазначених подій здатне завдати медіатравму, коли глядачі, що не мали безпосередньої загрози життю, отримують психічне перевантаження і виявляють симптоми, характерні для травматичних стресів: збудження, інтрузії, ізоляцію, психосоматичні й когнітивні реакції.

Незважаючи на такі загальні наслідки популізму в політиці, як дискредитація експертного знання, потреба у фахівцях, підготовлених до професійної діяльності під час надзвичайних ситуацій і ефективних дій для ліквідації негативних наслідків у посттравматичний період, життя громад найдужче акцентоване сьогодні. Особливо необхідна розробка короткотривалих спеціалізованих курсів, сфокусованих на такій підготовці, які знайомили б слухачів зі світовим досвідом і його концептуалізаціями, розвивали б здатність аналізувати відповідність механізмів і засобів до унікальних обставин життя кожної громади, критично обробляти існуючий досвід, обирати найкращий дизайн відновлювальних і розвивальних проєктів для постраждалих спільнот.

Професійна спільнота все більше усвідомлює необхідність не лише індивідуально-захисного підходу, але й *громадо-центрованого* (community-based). Не може жодне суспільство на нинішньому етапі розвитку економіки і суспільно-політичних систем розподілу благ дозволити собі соціально-компенсувальну професію в обсягах, необхідних за кількістю тих, хто потребує професійної підтримки, супроводу, допомоги. Насамперед це стосується адвокації в суспільному діалозі й відновлення потужності до самозцілення дискримінованих і стигматизованих спільнот. Головним шляхом виконання цього завдання стають інвестиції зусиль соціальних реабілітологів у співпраці із суміжними професіоналами (психологами, соціальними працівниками, соціальними педагогами) у формування здорової громади і здорової атмосфери в ній: сприяння формуванню позитивної громадської думки з використанням медіа, розвиток відповідних громадських об'єднань, підвищення соціально-психологічної компетентності представників влади всіх рівнів тощо.

4.2. Постраждала спільнота як дестабілізована соціальна система

В останні роки стає все більш очевидним, що мішенню докладання професійних зусиль має стати не лише дискримінована спільнота, а й уся територіальна громада з її складною соціально-психологічною динамікою, що може помножувати і підсилювати або послаблювати чи зовсім блокувати окремі професійні зусилля. В останньому випадку фахівець відчуває, що його зусилля дуже неефективні, що виражається метафорами "мої сили ідуть, наче вода в пісок", "б'юся ніби головою в глуху стіну" і подібні формули емоційного вигорання.

Як ми продемонструємо в подальшому аналізі, стан дослідження соціальних процесів, пов'язаних із реагуванням спільноти на надзвичайні ситуації різного типу, насамперед природні й техногенні катастрофи, війни, тероризм, дає підстави для створення інструментального знання, яким мають бути оснащені фахівці із соціальної реабілітації. Представленню такого інтелектуального інструменту – схеми різночасової динаміки со-

ціально-психологічних характеристик постраждалої спільноти – присвячено подальший виклад.

Помноження фахових інтервенцій у громаду можливе лише у випадку, коли враховано природну динаміку соціально-психологічних характеристик територіальних спільнот різного масштабу [26]. При врахуванні динаміки зусилля докладаються саме в ті моменти, які сприятимуть посиленню позитивних характеристик у природних динамічних процесах або послабленню настання негативних можливих відхилень. Для такого формату здійснення професійної діяльності фахівець має оперувати потребою окремої людини чи вразливої спільноти не самих по собі, а в контексті, тобто враховуючи недоступну для індивідуального спостереження (а відповідно й побутової масової свідомості) загальну динамічну природу громади як явища.

Спільнота розглядається як ансамбль соціальних стосунків, що базуються на чомусь спільному серед учасників, наприклад спільному розташуванні й мережі стосунків між мешканцями, проживанні на одній території з офіційно визначеними межами, що передбачає спільне збирання податків, вибори, суди, школи, дороги й мости, інші сервіси.

Катастрофа – це стан "дестабілізації соціальної системи, що виявляється у руйнуванні зв'язків та комунікації між її елементами, пошкодженні окремих структур, психічному і психологічному перевантаженні, що потребує негайних і надзвичайних дій для відновлення стабільності" [19, с. 1]. Постраждала спільнота – поняття, що відбиває явище колективної травми, коли не можна виключити жодну групу зі спільноти, яка не була б постраждалою, навіть якщо безпосередньо не була в епіцентрі подій. Психологічний смисл травми, який створюють члени спільноти, впливає не тільки на її безпосереднє переживання, але й на процес відновлення і повернення до життя [25].

Історія вивчення емоційної реакції на травмувальну подію почалась із дослідження у XX столітті травм війни, зокрема емоційних стресових реакцій військових під час Першої і потім Другої світових воєн. Це дало змогу Американській асоціації психіатрів у 1952 році офіційно ввести до класифікатора психічних розладів (DSM-I) окрему діагностичну категорію – *трав-*

матичні неврози в розділі стресових синдромів. Посттравматичні стресові розлади як окрему нозологію введено у 1980 році у третьому виданні (DSM-III), що насамперед було пов'язано із узагальненням досвіду американських фахівців щодо надання допомоги комбатантам і полоненим часів в'єтнамської війни. Перші узагальнення негативного впливу травми на людину виокремлювали дві групи симптомів: 1) інтрузивні (небажані втручання минулого досвіду), коли мимовільні згадки про минулі події продовжують травмувати, і 2) заперечення й уникнення, коли людина свідомо або несвідомо прагне позбавити себе визнання травматичного досвіду, не торкатися болючих спогадів [9]. Надалі симптоми все більше диференціюють, виділяючи спільні для багатьох учасників реакції в дуже різних випадках: страх повторення травмувальної події, сором за безпорадність або спустошення, лють на джерело стресу, провина або сором за агресивні пориви, страх ідентифікувати жертв, відчуття себе жертвою, горе втрат.

4.3. Поняття колективної соціальної травми

Поняття колективної травми, яке найбільше відповідає проблематиці постраждалих спільнот, починає детально розглядатися дещо пізніше, наприкінці 1990-х. Колективна травма постає насамперед як пов'язаний із колективною ідентичністю культурний феномен. Джефрі Александер зазначає, що колективна травма – "не щось реально існуюче, а сконструйоване соціумом"; "трансформація індивідуальних страждань у колективну травму – це робота культури"; "колективні травми є відображеннями не окремих страждань і не фактичних подій, а символічними відтвореннями, які реконструюють і репрезентують їх. Замість опису того, що є чи було, вони аргументують те, що мало бути і що має бути" [1, с. 3–4].

Колективна травма – поняття, що підкреслює великий масштаб травмувальних подій, які вплинули на велику кількість людей. Натомість соціальна (суспільна) травма – термін, який використовують для позначення колективних травм від соціальних трагедій. Соціальні та суспільні травми загрожують виживанню

організацій, оскільки соціальні структури руйнуються, пошкоджуються або деформуються, що може також призвести до серйозних порушень функціонування як організацій, так і окремих людей усередині них. Соціальні травми можуть траплятися в континуумі, від найменших (напр. у парних стосунках, які страждають від зради) – до цілих націй, понівечених війною. Прикладів масштабних соціальних травм у літературі досить багато. Е. Марц наводить такі показові приклади внаслідок конфлікту всередині та між країнами: постапартейдні феномени в Південно-Африканській Республіці (навіть після приходу до влади уряду Нельсона Мандели суспільство перебувало у аварійному стані та потребувало соціальної реформації); відносини між Німеччиною та Ізраїлем (тривалий час були поганими внаслідок Голокосту); відносини між Японією та Китаєм і країнами Південно-Східної Азії (досі напружені через події Другої світової війни).

4.4. Чотири підходи до розуміння постраждалих спільнот

Александр [1] виділяє *побутове розуміння травми* (як природної події, що руйнує індивідуальне або колективне почуття благополуччя) і ранні теоретичні підходи, які визначає як теорії пред'явленої травми (laytraumatheory), просвітницьку і психоаналітичну версії. Перший підхід представлено раціональною теорією національної травми Артура Ніла [18], який визначає її як схожу на виверження вулкану подію, що потрясає сам фундамент соціального життя, викликаючи емоційні реакції й увагу публіки, не залишаючи нікому можливості не реагувати або ігнорувати подію.

На нашу думку, така подія обов'язково створює нові підстави для соціальної диференціації та масштабної поляризації, тобто виникають нові параметри ідентифікації персони до новостворених і концептуалізованих великих груп (груп-категорій). На відміну від нетравматичних подій, прихильники і противники нових ідентифікаційних груп є більш взаємопроникними, і межі між ними менш афективно напружені. Отже, до страждання від травмувальної події додаються механізми групової динаміки, які

самі по собі також можуть мати досить негативне емоційне забарвлення, особливо якщо лінія поляризації розсікає існуючі життєві соціальні середовища підтримки (розриває по різні боки лінії протистояння родини, сусідські спільноти, дружні колективи тощо). Задля зменшення саморегулюючих витрат на опанування негативних емоцій нові середовища та їхні комунікативні стратегії часто будуються як інформаційні бульбашки, що забезпечують перебування в "теплій ванні" однодумців і спотворюють репрезентацію складної реальності, зокрема картину наявності логіки й аргументації іншого погляду – за лінією розриву. Це сприяє посиленню феноменів *огруплення мислення* [11], а рефлексивні техніки мінус-групи для прийняття колективних або управлінських рішень у громаді на побутовому рівні не використовуються. Репрезентативна групова рефлексія, процедури якої дають можливість представити свою позицію на мапі наявних інших поглядів (часто запечатаних у інших інформаційних бульбашках), – це наступний за мінус-групою (обробка ризиків з альтернативних поглядів) технологічний крок, що має сприяти подоланню колективних травм.

Психоаналітичний підхід робить наголос на несвідомих механізмах захисту (неусвідомлюваний страх і когнітивні викривлення), які перебувають між зовнішньою травмувальною подією та внутрішнім світом емоційних реакцій особи. Психоаналітичний підхід трактує джерела травми як такі, що містяться не тільки в зовнішній фізичній події, але й у внутрішньому світі особистості, що робить на певний час травму недоступною для усвідомлення. До представників такого підходу Александер відносить історика Голокосту Саула Фрідландера [7], впливову ізраїльську дослідницю Кеті Каруф, яка запропонувала концепт обраної травми [4], латиноамериканських дослідниць Елізабет Джелін та Сюзанну Кауфман, що вивчали колективну пам'ять про диктаторські репресії в Аргентині двадцятиліття потому, та ін. Одним з перших, хто в межах психоаналітичного підходу розвинув ідею трансгенераційного передавання історичної травми серед нащадків жертв Голокосту, був Ден Бар-Он, хоча він не використовував поняття колективної травми [3]. Цей напрям дослідження трансгенераційних механізмів колективної травми

продовжує активно розвиватися, виходячи за межі суто психоаналітичних концептуалізацій.

Соціально конструктивістський підхід, навпаки, наголошує на тому, що величезна кількість трагедій може відбуватися в соціальній системі й не перетворюватися на травматичний досвід. Колективна травма не є лише колективним досвідом переживання болю (напр. під час соціальної кризи), а є перетворенням цього болю на ключовий сенс своєї власної ідентичності (коли настає культурна криза). "Колективний суб'єкт "вирішує" представити цей соціальний біль як фундаментальну рису того, хто вони є, звідки походять і куди вони бажають рухатися" [1, с. 15]. Зрозуміло, що останній підхід потребує ретельного аналізу репрезентацій, наративів, соціальних діалогів, які розгортаються зокрема й у медійному просторі. Саме тому найновіші дослідження колективної історичної травми зосереджено на осмисленні медіатизованої реальності, наприклад такими дослідниками, як Хеддоу, Кобб, Капур [5, 8, 13]. Детальний аналіз цих медіапідходів ми пропонуємо виокремити в четвертий, медіапсихологічний підхід, спираючись на останні дослідження організаційно-психологічних процесів формування резистентності громади до стихійних лих [21, 22]. У представленні досвіду досліджень і концептуалізації процесів відновлення громад після природних катастроф і воєнних конфліктів ми особливу увагу будемо приділяти саме медіапсихологічним знахідкам та їхньому зв'язку із груп-рефлексивними процесами осмислення і переосмислення соціальної реальності.

Запропоновані чотири підходи у сукупності дають можливість глибокого осягнення травмувальних подій української історії й сьогодення з урахуванням коротко- і довготривалих інтервалів динаміки з їхніми численними перетинами. Із соціально-психологічного погляду важливо розуміти динаміку подолання громадою катастрофічних подій, яка має як короткотривалий ургентний перебіг, так і тривалі трансгенераційні наслідки, аж до осмислення історичної травми як способу побудови ідентичності. Із цього погляду важливо наголосити, що катастрофа зумовлює не тільки негативні емоційні реакції, але має й позитивні наслідки: зростання згуртованості спільноти, розуміння цінності таких прос-

тих речей, як родина, діти, дім, мобілізація суб'єктів на переосмислення і вибудовування перспективи подальшого життя навколо травмувальної події (посттравматичне зростання).

4.5. Динаміка травми постраждалої спільноти

Знансвим підґрунтям для розуміння короткотривалих інтервалів динаміки в реальному часі катастрофічних подій як природного, так і техногенного типу є узагальнення досвіду надання фахової допомоги. Як зазначає більшість дослідників, часто перші 72 години спільнота залишається один на один із катастрофою в більшості випадків, допоки підтягнеться зовнішня допомога. Відповідь локальної спільноти на катастрофу потребує мобілізації зусиль принаймні місцевих лікарень, відділків поліції, пожежних-рятувальників, інших служб. Ключову роль відіграє мережа місцевих відділень Державної служби з надзвичайних ситуацій та система комунікацій. Зазвичай без спеціальної підготовки спільнота може перебувати у стані тимчасового ігнорування проблеми, очікуванні, що хтось зовнішній скомандує збір для мобілізації зусиль, а це втрата головного в динамічному принципі – часу, а отже, можливості вчасного і найбільш ефективного реагування. Тому сьогодні так важливо збільшити потужність громад і їхню автономну готовність до критичних подій. Соціальні працівники та шкільні психологи можуть стати тими ресурсами громади, що завдяки своїй фаховій підготовці сприятимуть ефективній відповіді спільноти на екстремальну подію. Для цього вони принаймні мають розуміти динаміку стихійного реагування спільноти й офіційні протоколи організації системи допомоги, своє місце в них.

Аналіз первинних індукованих травмувальною подією емоцій показує такі етапи в динаміці стихійного подолання екстремальної ситуації (напр. після пожежі): 1) приголомшеність або *гострий емоційний шок*, який може тривати до 3–5 годин, 2) *стрес усвідомлення* від контактів із постраждалими і загиблими, що виявляється в розгубленості, панічних реакціях, пригніченості і триває до кількох днів, 3) *стадія дозволу*, що виявляється в бажанні ізолюватися, яке завершується прагненням ви-

говоритися, розказати про те, що відбувалося, тим, хто не був учасником, 4) *стадія відновлення*, на якій долається ізоляція і нормалізуються емоційні реакції [27].

Російські дослідники психологічних реакцій на катастрофу Решетніков та Чермянін деталізують першу стадію, виокремлюючи першу фазу *вітальних реакцій* у перші 15 хвилин життєнебезпечної події, що підкорено імперативу виживання. Друга фаза *гострого психоемоційного шоку з елементами мобілізації* триває біля 3–5 годин і характеризується загальною напруженістю, межевою мобілізацією психофізіологічних резервів, загостренням сприймання, збільшенням швидкості мисленнєвих процесів, виявами нерозсудливої сміливості при спасінні близьких, зростанням у 1,5–2 рази фізичних сил. Третя фаза *психологічної демобілізації*, або *виснаження*, настає за 6–12 годин після події і триває до 3 діб, відповідає стадії стресу усвідомлення. Наступна фаза спостерігається на 3–12-ту добу після катастрофи і відповідає стадії дозволу; далі на 10–12-ту добу настає фаза первинного відновлення. Автори також виокремлюють фазу *відтермінованих реакцій*, які можуть виявитися на 30–40-ву добу після катастрофи (цит. за Сидоров та ін. [28]).

Для тривалих ефектів подолання наслідків катастрофи важливими чинниками є відповідні прийняття рішень щодо: а) персонального вигорання офіційних працівників, які тривалий період перебувають у зоні катастроф; б) конфліктів у організаціях, які виконують невластиві функції та завдання в постраждалій громаді; в) конфліктів юрисдикцій, які ускладнюють період відновлення [19, с. 227–228].

Початковий розгляд реагування громади на катастрофу становить первинну схему, яка накладається (як аналітичний інструмент) на інші випадки, у яких спільнота може стати постраждалою. Окремо варто врахувати, на нашу думку, вплив такої характеристики посткатастрофічних ситуацій, як невизначеність. Динаміка невизначеності, яка настає за катастрофою, може бути розглянута із застосуванням с-подібної кривої (як частини кривої дзвону). Спадання невизначеності характеризуватиме етап зцілення спільноти, а наростання – етап усвідомлення масштабу трагедії. При зіткненні з руйнуванням рутин

спільноти люди все більше відчують невизначеність, оскільки зруйновані інфраструктури, маршрути і звичні комунікаційні схеми. Як і у випадку із кривою наростання кількості захворювань в умовах епідемій, певні дії громади можуть змінювати криву. Наприклад, жорсткі карантинні заходи пандемії COVID-19, що отримали у світі назву *локдаун*, при застосуванні в Україні навесні 2020 року дали змогу вийти на плато захворювань і навіть початок зниження кривої. Проте відміна локдауну призводить до негайного зростання кількості захворюєлих, оскільки знімається штучно запроваджене стримування рутинних практик у громаді, які сприяють фізичним контактам та інфекційному зараженню. Нерозуміння членами громад закономірностей динаміки, ігнорування вимог керівників (що свідчить про неефективні способи комунікації та недосконалі рішення) або боротьба громадян за поверхово або викривлено зрозумілі індивідуальні права і свободи – бар'єри на шляху створення безпечного соціального простору як спільного блага громади, єдність якої розривається цією травмою, а розрив деформує наступні покоління.

Найбільший інтерес у нашому науковому пошуку становить виявлення тих концептів і моделей дій, які сприяють пришвидшенню зцілення громади після травмувальної події, одужання громади від травми. Нашу увагу привернули три моделі, що нині використовуються практиками надання міжнародної допомоги у всьому світі. Перша п'ятифазна модель [17] опрацьована на початку третього тисячоліття на узагальненні багатьох програм допомоги долаанню наслідків руйнівних людських трагедій, які розірвали громади (від Руанди до Боснії та Герцеговини і Косово, тобто враховано світовий і європейський досвід долаання кризи розпаду Югославії, що супроводжувався збройними конфліктами). Друга, модель мембрани травми Ерін Марц та її колег [24], набуває визнання в наступному десятилітті й концептуалізує досвід міжнародної мультидисциплінарної допомоги територіальним спільнотам у всьому світі (зокрема країни Африки, Азії), які перебувають у тривалій воєнній травматизації та реабілітації від гуманітарної кризи, зумовленої саме збройними конфліктами. Третя, модель пошуку комфорту Ерла Джонсона [12], зацікавила нас як вияв певного тренду; вона узагальнює

насамперед досвід долання природних катастроф, пов'язаних із глобальними змінами клімату, які перетворюються на повсякденність життя багатьох громад. Ця модель присвячена розширенню рамок долання страждань в умовах швидких і повільних, великих і побутових життєвих травм – від психоаналізу в бік позитивної психології до благополуччя і комфорту.

П'ятифазна модель зцілення поствоєнної громади Кімберлі Мейнард. К. Мейнард пропонує модель із послідовності з п'яти кроків для відновлення згуртованості постраждалих від трагедій громад: 1) установлення безпеки; 2) оспільнення втрат; 3) відновлення довіри та спроможності довіряти; 4) відновлення особистої та соціальної моралі; 5) реінтеграція та відновлення демократичного дискурсу. Попри те що ці фази за логікою одужання розглядаються як послідовні, авторка наголошує, що елементи фаз можуть розпочинатися паралельно, відбуватися одночасно; головне – не пропустити жодної фази. При недооцінюванні та пропусканні навіть однієї фази зцілення громади буде затягуватися, якщо взагалі стане досяжним.

Перед більш детальним розглядом змісту кожної з фаз К. Мейнард пропонує три важливі вступні міркування. По-перше, процес загоєння вимагає часу. Ураховуючи глибину ран, залишених конфліктом, адекватний (часто тривалий) період одужання є критично необхідним. На нашу думку, це дуже важливе міркування, оскільки тривалий період часу дає можливість розгорнутися складним психологічним процесам у їхній природній динаміці, урахувати асинхронність досягнення певних станів як окремими людьми, так і групами у громаді.

По-друге, процес має базуватися на принципі участі. Чим більше учасників беруть участь у кожній фазі, тим більше можливостей для зцілення всієї громади. В ідеалі потрібна участь членів кожної групи ідентичності, обох статей, різного віку, представницьких професій і всіх рівнів соціального статусу та класів. Такий процес спирається на принцип цілісності при врахуванні кожного аспекту постраждалої спільноти. На нашу думку, це загальне міркування не передбачає обов'язковий представницький принцип колективних дій на кожній із фаз, що буде обґрунтовано далі при розгляді наступної моделі.

Нарешті, третє міркування авторки – кожна фаза спирається на інші. Хоча може бути високий ступінь перекриття, кожен крок вимагає міцної основи, створеної на попередньому етапі. На нашу думку, ця послідовність станів у громаді, яка зцілюється, є дуже важливою евристикою, яка має осмислюватися і переосмислюватися мультидисциплінарною командою, спираючись на досвід, здобутий консультантами – соціальними реабілітологами. Варто зауважити, що в англomовній літературі поняття соціальної реабілітації мало використовується, частіше це гуманітарна реабілітація (тобто реабілітація людей, оскільки може розглядатися також реабілітація матеріальних ресурсів, будівель тощо), а також моделі реабілітації, засновані на спільнотному підході (CBR – community based rehabilitation). В останньому випадку наголошується, що при використанні громади як середовища надання захисту і підтримки особливо нужденним категоріям (людям з інвалідністю, психічними захворюваннями, за межею бідності, постраждалим від домашнього насильства тощо) загальний зцілюваний ефект інклюзії справляється на всю громаду.

Зміст фази (1) установлення безпеки. У громадах, які страждають від неодноразового насильства, безпека є найбільш переконливим мотивом дії. Нестабільні умови зазвичай посилюються через повернення членів громади, які втекли під час попередніх боїв; отже, виникають загострені майнові та земельні суперечки, погрози, відплати, залякування. Люди лякаються інших осіб або банд, угруповань. Сформовані внаслідок соціальних поляризацій нові групи ідентичності можуть боятися масштабних відплат або атак, заснованих на об'єднаннях супротивників. Громаді загалом можуть загрожувати (або громади можуть страждати від хибних переконань про загрози) від інших регіонів, включаючи військові або урядові переслідування. Зцілення в цих умовах може бути надзвичайно важким і першій фазі має бути приділено велику увагу.

Відновлення безпеки не обмежується тільки припиненням обстрілів і воєнних операцій, а включає забезпечення свободи пересування в межах громади, відсутність особистих або групових погроз або нападів, безпеку власності та доступ до ресурсів

громади – це, на думку К. Мейнард, необхідні перші кроки на шляху до одужання. Принцип безпеки має застосовуватися до всіх членів громади, незалежно від їхнього статусу. Створена безпека має вирішальне значення для пом'якшення страху, який паралізує міжгрупову взаємодію, і початку відновлення постраждалих груп.

Крім фізичної, авторка наполягає на необхідності врахувати економічну безпеку, не менш важливу для почуття захищеності та початку процесу зцілення. Реалізація певних свобод, таких як пересування громадою та країною, спілкування з ким завгодно, висловлювання думок – також важливі аспекти безпеки. На нашу думку, свобода висловлювання в соціальних медіа є однією зі складових відновлення безпекового плану. Обмеження цих свобод, наприклад через моніторинг телефонних розмов чи соціальних мереж, як і відмова в доступі до певних районів, посилюватимуть почуття страху та небезпеки відкритості.

Важливою складовою безпеки, на думку авторки, є складова майбутнього. Безпека має включати відчуття майбутнього як для особистості, так і для громади й наступного покоління. Обмежені часові рамки зазвичай вселяють відчуття майбутньої приреченості та подовжують враження незахищеності.

Зміст фази (2) оспілення втрат (спільного горювання). Мабуть, найбільш важливим для процесу реабілітації та переходу до сталого миру є перегляд насильницьких злочинів, які спричинили страждання і викликали бажання відплати. Проте ця фаза зцілення передбачає оспілення (комуналізацію) горювання – обмін травматичним досвідом, сприйняттям, емоціями з іншими людьми в безпечному середовищі. Це період поєднання жалоби з приводу втрат як важливий початок тривалого шляху загоєння психологічних ран.

Медійний аспект оспілення встановлює й узгоджує публічну трактовку історичних подій, а саме визнання обставин і подій, що мають вирішальне значення для відновлення, зокрема й національної ідентичності. На думку Мейнард, саме цією надзвичайно важливою фазою часто нехтують, намагаючись уникнути болючих згадок про нещодавні травматичні події та поспішаючи рухатись далі. На нашу думку, цей поспіх і недооцінювання важливо-

сті медіатизації травми закладає підвалини для передання її сімейними та іншими мікроканалами в майбутнє громади.

Переказ історій про втрати та поранення вважається критичним для відновлення ветеранів бойових дій, а також жертв домашнього насильства, які страждають на посттравматичний стресовий розлад [23]. Особливу увагу потрібно в цьому питанні приділяти дітям, які найчастіше потрапляють у ситуацію організованого в освітніх середовищах мораторію на обговорення болючих питань з метою уникнути ретравматизації. Штучне стримування оспілення горя через інформаційну блокаду комунікативних практик здатне не тільки затримати перехід громади до наступних фаз зцілення, а й викривити особистісний розвиток і соціалізацію дитини в поствоєнних громадах. Як показують дослідження науковців Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, заборони обговорення у школі болючих подій (щоб діти не плакали), виключення з розмов між дітьми і дорослими певних тем, які перетинають лінії нової поляризації, є поширеною практикою інформаційного мораторію. Вона може також ускладнюватися для захоплених територій так званих ДНР і ЛНР масованими інформаційними впливами, заснованими на експлуатації міфів минулого [29], наприклад нав'язуванням героїзації перемоги у Великій вітчизняній війні (називаним у медіа "победобесієм"), а не оспіленням трагедії загиблих у Першій і Другій світових війнах як напряду, у якому рухається весь глобальний світ.

Спільне горювання і траур допомагають відновити, за Монтевіллом, самосвідомість у зраненої групи людей – ту рефлексивність, яка була знищена люттю, неповагою та образою. Аналізуючи досвід Боснії, Кімберлі Мейнард наголошує, що для здолання наслідків геноциду здійснюється допомога боснійцям щодо відновлення почуття спільної історії, адже наявність історичної пам'яті розглядається як критичний чинник побудови плюралістичного суспільства. Авторка цитує керівника постгеноцидного боснійського проєкту відновлення спільнот: "Окремі виживанці мають навчитися поєднувати ненависть, яку вони відчувають, зі своїм баченням спільного життя ... потрібно навчитися поєднувати прагнення до справедливості чи навіть по-

мсти з бажанням жити в багатостічному демократичному суспільстві" (цит. за Мейнард [17, с. 31]).

Початок шляху комуналізації може бути важким кроком, ураховуючи інтенсивність ворожнечі в конфлікті ідентичностей. Особи, які часто беруть участь у жорстоких конфліктах, категорично уникають повернення до тривожних переживань і емоцій. Проте чесне повернення до болючого в минулому може почати полегшувати біль, пов'язаний із несправедливістю; скорбота про збитки врешті приборкує страждання [17]. Вигоди отримують як потерпілі, так і винні особи від процесу оспільнення горя, а спільнота загалом починає формувати колективну пам'ять на основі комбінування поглядів. На цій фазі зцілення основним елементом є розповідь історій у атмосфері співчуття, заохочення та підтримки. Комуналізація може відбуватися в середовищі змішаних ідентичностей або виокремлених умовах, наприклад у межах груп, організованих публічності або на індивідуально-груповому рівні, де контекстом буде жіноча організація, медична клініка, офіційна майстерня, неформальні збори друзів і родин тощо.

Якщо повністю реалізувати фазу комуналізації та втрати, то це спричинить визнання провини і прощення. Тоді сторони конфлікту чітко усвідомлять акти насильства, вчинені проти іншого, і будуть готові нести моральну відповідальність за отримані травми від втрат. Так починається процес справжнього примирення. Реституція, якщо вона можлива, може завершувати цю фазу, символічно або іншим чином пропонуючи покуту жертві як жест справжнього каяття. Хоча такий результат є оптимальним, значне зцілення може відбуватися просто від розпочатого процесу оспільненого горювання, тому проходження цієї фази і підпорядкування їй наступних змін має важливе значення для загальної реабілітації населення постраждалої територіальної спільноти.

Зміст фази (3) відновлення довіри та спроможності довіряти. Наступним етапом відновлення згуртованості та реінтеграції громад є відновлення взаємин. Після конфлікту ідентичності так нещадно розривають тканину суспільства, що віра в інших є принципово важливою. А саме ця віра найбільше похитнулася, переважають недовіра і підозрілість. Однак за відсутності будь-

якої взаємної довіри громада, імовірно, залишиться нездатною ефективно функціонувати, адже певний рівень довіри необхідний у економічній співпраці, торгівлі, взаємних відносинах допомоги, реконструкції зруйнованої інфраструктури, догляді за утриманнями тощо. Довіра необхідна також для прийняття рішень і подальшого розвитку громади, це питання визнання співприсутності, спільного буття, яке набагато глибше, ніж політичні відносини між владою й опозицією. У міру повернення до визнання взаємозалежності громада починає відбудовуватися як цілісність. виправлення стосунків – це головна функція відновлення довіри, зазначає Мейнард, а в конфліктах, у яких порушення були надзвичайно глибокими і, по суті, односторонніми, як при геноциді, цей крок може бути надзвичайно тривалим і потребуватиме мудрості. У цій фазі особливо важливим є перетин різних рівнів існування громади. На індивідуальному рівні наслідки кожного особистого контакту з іншими членами спільноти піднімають важливість взаємодії, а це може безпосередньо вплинути на волю окремих людей і громади загалом щодо наміру поліпшувати відносини, визнавати потенційні довгострокові переваги позитивних відносин, а також наслідки згубних відносин затягнутого протистояння.

Ітеративний процес безперервної взаємодії на багатьох рівнях, який може поступово змінювати сприйняття, створює можливості для рішень, яких раніше, здавалося, не існувало і не могло бути. Так поступово створюються можливості для полегшення конструктивного спілкування завдяки виявленню нової інформації, яка може протистояти переважаючим раніше стереотипам. Реабілітологам потрібно чітко усвідомлювати, що у випадках крайньої ворожнечі, які пройшли через поляризацію і конфлікт ідентичності, протиборчі групи зазвичай мають винятково фіксовані сприйняття й уявлення про реальність. Отже, навряд чи вони вважають можливими позитивні зміни. Тому процес може зажадати тривалого проміжку часу і терпимості від усіх причетних. Психологічні дослідження реакцій на зустрічі з людьми-антагоністами передбачають короткочасну або разову експозицію травматичних подій, які часто посилюють негативні стереотипи. Лише послідовна взаємодія з підгрупами, яка із

часом забезпечує готовність до спільного обговорення, є критично важливою для відбудови відносин і встановлення довіри. Сприйняття кожною стороною думки іншої дуже важливе для відновлення довіри, але шлях може бути тривалим і має починатися з визнання взаємозалежності своїх інтересів через зростання якості їх взаємодії і, урешті-решт, створення можливості працювати разом над проблемами, які стосуються обох сторін. Але варто вслід за відомими науковцями зазначити, що існує певний ступінь управління такою відновлюваною взаємодією, де фахівці можуть створювати найбільш сприятливі умови.

Зміст фази (4) відновлення особистої та соціальної моралі. Четвертою фазою в процесі соціальної реінтеграції в моделі Мейнард є реконструкція спільної концепції етносу, або розуміння того, "що є правильним", разом з відновленням керівних принципів регуляції поведінки особистості та груп. Соціальна етика включає прийнятні стандарти для відповідності контактів і спілкування між кожним сегментом населення, норми чесності, певні заборони, відповідальність перед сім'єю та громадою, особисту підзвітність, роль лояльності та зобов'язань, а також прийнятні методи боротьби з емоційними реакціями на несправедливість, зраду (такі як гнів, ревності тощо). Розвиток здорової соціальної спільноти через стандарти має важливе значення для побудови довіри серед груп і забезпечення фундаменту для соціального життя у взаємодії. Крім того, соціальна етика допомагає встановити межі конкретних дій, тим самим зменшуючи неадекватну або образливу поведінку, яка може створити напругу і навіть призвести до відновлення бойових дій.

На цій фазі авторка описує кілька надзвичайно важливих кроків. Для рефлексивного підходу усвідомлення необхідності певних правил і порядку є першим кроком у процесі відновлення. Мейнард зазначає, що після інтенсивного безладдя та порушення моральних норм може спостерігатися тенденція до усвідомлення громадою недоліків існуючих правових і соціальних настанов. Оскільки довіра поступово зростає по різні боки лінії протистояння ідентичностей, то доречною стає більш формальна структура, у рамках якої можна розвивати зростаючі відносини і забезпечувати додаткове заспокоєння та зміцнювати авторитет.

Другим кроком на цій фазі є визнання аморальності минулих вчинків. Цей етап фактично починається із фази 2, під час оприлюднення скарг і оспільнення трауру втрат, але на четвертому етапі перегляд і визнання порушень служить для підтвердження етичної основи спільноти та відновлення спільних норм поведінки.

Третім кроком, на думку Мейнард, стає визначення й утвердження морального порядку, який може встановлюватися як певний кодекс поведінки окремої соціальної структури. Він може бути лише неформальним, словесним процесом установаження обмежень поведінки особистості або інституційно зафіксованою процедурою, яка визначає правові межі та покарання за порушення. В останньому випадку автори зазначають, що слід виявляти велику обережність щодо встановлення неупередженої влади при перебудові судової системи. Якщо населення сприймає судову систему упереджено, наприклад як корумповану, то така влада не зможе служити моральним орієнтиром, а може розглядатися як шлях для помсти і продовжувати тим самим цикл бойових дій у нових формах протистояння. Натомість хороші закони та рішення можуть допомогти позбутися культури безкарності й відновити нетерпимість спільноти до аморальної поведінки.

Авторка також наголошує на обережності щодо спокути. Спокута як певна форма поведінки може допомогти у процесі прощення, але справжнє прощення має походити від справжнього почуття каяття. Зловживання жестами спокути може загострити горе і нерозуміння, тому їх слід використовувати лише спільно із особистим прийняттям і справжнім почуттям покаяння. Якщо покарання за законом починається занадто рано у процесі відновлення згуртованості громади, то це може загальмувати процес, оскільки розглядатиметься іншою стороною як помста, якщо не проводитиметься в дусі спільного зцілення.

За умови рівного ставлення до всіх ідентичних груп повага до традиційних культурних практик може допомогти відновити соціальну етику, підтверджуючи спільну спадщину. Четвертим кроком у процесі відновлення почуття індивідуальної та групової моралі є підтримка встановлених кодексів. Щоб інституціоналізовані етичні правила поведінки були ефективними, усі чле-

ни суспільства мають нести відповідальність за свої дії, будь-яке відхилення має враховуватися серйозно й однаково для всіх.

Зміст фази (5) реінтеграції та відновлення демократичного дискурсу. Останнім етапом відновлення соціальної згуртованості є процес систематизації різноманітних внесків до справ громади, що відновлює дух громади та допомагає забезпечити її стійкість. Здорове суспільство приймає й інтегрує свої різноманітні елементи, хоча і не без суперечок, але так громада має вміння, процедури та структуру, за допомогою яких можна розв'язати спори мирно. Така інклюзивність підтримує дискусію з участю, що дає змогу громаді розробляти й утілювати комплексні рішення, планувати майбутнє і реалізовувати стратегії розвитку.

Процес реконструкції інклюзивних систем функціонування в глибоко розділеному суспільстві, наприклад постконфліктному, де відбувся розрив нових ідентичностей, включає кілька елементів, на думку Мейнард. По-перше, поетапність і послідовність їхнього проходження при розв'язанні широкого кола проблем, які стоять перед громадою, ураховуючи матеріальну реконструкцію середовища мешкання, економічну реабілітацію, догляд за маргіналізованими членами громади [6]. По-друге, продовження руху до реінтеграції має передбачати безпрограшний підхід, який ураховує принаймні деякі елементи інтересів усіх сторін [2], адже односторонні структури прийняття рішень схильні заохочувати образи та недоброзичливість. По-третє, відновлення має включати значну участь широкого кола членів громади, щоб допомогти створити спільне бачення спільних цілей. Нарешті, ураховуючи ймовірно розширені часові рамки процесів зцілення, основна увага має бути приділена довгостроковій ефективності, а не короткочасним результатам. Водночас слід уникати питань, які розділяють спільноту. Для прикладу авторка посиляється на попередніх авторів. Ажіотаж багатопартійних виборів і тиск плюралізму, на думку Асефа, навіть сама формула багатопартійності можуть породжувати тенденцію, що руйнує будь-яке спільне бачення, взаємну співпрацю чи консенсус. Асеф пояснює, що, хоча люди в багатопартійних системах зазвичай визнають максимум "перемога – це ще не все", у глибоко розділених суспільствах виграш може стати єдиною метою. Він ілюст-

рує це виборами в Анголі 1992 року, де бракувало впевненості в політичній системі, яка дбала би про всіх громадян, а не тільки прихильників певної партії [2, с. 26–27].

Підводячи підсумок детальному аналізу п'ятифазної моделі соціальної реабілітації постраждалої спільноти, слід зазначити, що запропонована логіка поступального руху від безпекових складових через спільне горювання, відновлення довіри й моралі та лише на цій основі – демократичного дискурсу – представляє важливі й чіткі теоретичні засади для конструювання політик і практик реінтеграції непідконтрольних Україні районів Донецької та Луганської областей, де протягом тривалого часу відбувається технологічно підкріплений медійними впливами розрив ідентичностей. Разом з тим потребує додаткових емпіричних досліджень картина цих розривів і протистоянь, оскільки великою помилкою було б вважати мешканців захоплених районів гомогенною масою. Навпаки, попри спільну тенденцію пристосування до нових умов існування громад у тривалому збройному конфлікті, мілітаризацією освіти, міфологізацією медійного простору потрібно передбачити приховану структуру багатшарових групових ідентичностей, які будуть визначати темпи зцілення спільнот. Інструментарієм для такого дослідження може стати концепт мембрани травми, запропонований Ерін Марц із колегами.

Модель пульсації та мембрани травми Ерін Марц. Метафори пульсації та мембрани (за аналогією з біологією) покладені в основу динамічного розуміння процесів, які відбуваються в постраждалій спільноті. Пульсація – це ритмічне хвильове передавання імпульсу через утворення брижів (складок), яке відбувається за рахунок стиснення середовища і його подальшого вивільнення. Базуючись на уявленнях про різні рівні існування людини у спільноті (мікро-, мезо-, екзо-, макро-), Е. Марц наголошує, що війна та збройні конфлікти створюють ефект пульсацій і викликають цілий діапазон стресорів на різних рівнях, які взаємодіють між собою. Це не тільки психологічний стрес, але й фізіологічний, економічний та соціальний, саме тому потрібна багатовимірна перспектива при дослідженні повоєнного відновлення.

Друга метафора, за допомогою якої враховується багатовимірність процесів реабілітації громади, – це мембрана як напівпроникна оболонка клітини, здатна захистити від непотрібних і шкідливих компонентів зовнішнього середовища і сприяти швидшому проникненню потрібних речовин. У громаді мембранами травми пронизано не тільки середовище індивідів, які зазнали травмувальних подій, але й груп, що дає можливість більш диференційовано конструювати комунікативні процедури і прогнозувати тривалість певних етапів відновлення.

Марц із колегами проаналізували багаторівневі процеси та програми, що зумовили успішну реабілітацію людей і громад після озброєних конфліктів чи війни в різних куточках земної кулі для підтвердження своєї моделі. *Травматична мембрана* – це тимчасова психосоціальна структура, буферна зона або оболонка, що захищає травмованих людей і становить важливу частину процесу загоєння від катастрофічного стресу. Цей термін відображає внутрішньо психічний, міжособистісний і спільнотний рівні процесів, які захищають людей і громади (зокрема мережі тих, хто вижив). Навіть окремих постраждалих може через мембрану травми запросити або заблокувати доступ до заходів з відновлення. Фраза про травматичну мембрану привертає увагу до потенційного зіцілювального простору, як соціального, так і психологічного, який дозволяє природні процеси зіцілення змінювати з певною пульсацією стресів у часі.

Однак, якщо ці процеси фіксуються, заморожуються, тобто не функціонують динамічно (напр., люди не в змозі розмовляти про травматичні події через нові норми заборони або мораторію), то травматична мембрана, як поверхня будь-якої рани, про яку не турбуються належним чином, може ускладнити відновлення. Травматична мембрана як метафора передає ідею процесів загоєння в межах окремого життєвого простору або буферної зони та принципів управління контактами з конструкціями, з якими ця частина життєвого світу взаємодіє.

Аналізуючи історію формування концепту травматичної мембрани, Е. Марц зазначає, що поняття вперше було використане у 1980-х роках для зображення зовнішнього, психосоціального захисного бар'єра для людей, що надається травмованим

особам [15, 16]. Особи, такі як члени сім'ї або інші персони, що пережили ту саму травму, перебувають у спільному синхронізованому міжособистісному стані, формуючи травматичну мембрану навколо тих, хто пережив травмувальну подію. Таким чином, травматична мембрана спершу розглядалася як буферна зона після травми в навколишньому середовищі, яка захищає людину від зайвого впливу і подальшого психологічного стресу. Як така травматична мембрана може бути відкритою або закритою для професіоналів та їхніх спроб отримати доступ до травмованих осіб; цей доступ залежить від конкретних умов міжособистісної та спільної групової динаміки [16]. Травматична мембрана розглядається як тісна взаємодія із середовищем для відновлення і включає фактори, пов'язані зі ступенем спустошення, зриву, руйнуванням соціальних мереж і культурних чинників [15, с. 154] унаслідок катастрофи (природної чи техногенної).

На додаток до того, що представляє міжособистісний захисний бар'єр, травматичну мембрану також можна розглядати як внутрішньопсихічне явище, при якому психіка формує захисну оболонку навколо травматичних спогадів, щоб полегшити зцілення від травми. Мета такої психологічної оболонки навколо травматичних спогадів – відгородити внутрішньо або зовні генеровану компоненту, яка заважає природному психологічному зціленню, пов'язаному із травмою. Це психічне відокремлення травматичних спогадів від звичайних станів – своєрідна психологічна обробка, яка може дозволити людині функціонувати, незважаючи на травматичну подію. У внутрішньому процесі особа титрує доступ до власних травматичних спогадів, щоб мати можливість поступово поглинати й обробляти травматичні спогади. Водночас людина вирішує, кому надати доступ до травматичних спогадів, як обрати спосіб посередництва, хто або які елементи сприятимуть загоєнню (тобто підтримці міжособистісної мембрани травми). Таким чином, оскільки травматичні спогади можуть викликати стрес, мембрана травми діє як захист проти повторної травматизації шляхом титрувального впливу до травматичних спогадів, які можуть походити із внутрішніх чи зовнішніх джерел. Нав'язливі спогади можна розуміти як такі,

що просочуються крізь цю мембрану без вольового, свідомого контролю людини. Коли мембрана тендітна, люди можуть зазнати переповнення травматичними спогадами своєї свідомості, що може включати спалахи або нав'язливі, невербальні спогади (у відповідь, наприклад, на запахи, пам'ятки, звуки), оскільки настірливі спогади – це повторення травми і, отже, травмована людина буде працювати над захистом від таких випадків.

Перехід до створення міжособистісної травматичної мембрани – це новий етап у розвитку концепції. Спочатку йшлося про створення спільної мембрани з іншою особою (напр. терапевтом) або особами (родиною, друзями, іншими виживанцями тощо). Але далі стало зрозуміло, що допомога професіоналів у створенні відновлювального середовища відрізняється від внутрішньопсихічної травматичної мембрани, оскільки професіонал у певному сенсі є психологічним щитом, який пропонується жертві травми, щоб захистити її розум від пригніченості жахом і вберегти від шкоди, заподіяної травмувальною подією.

Іншу основу для психосоціального втручання запропонував Олвін (2003), який описав модель відновлення після катастрофічної травми (CTR) для допомоги суспільствам, що зіцлюються після травм. Ця модель складалася із 11 основних напрямів втручання: 1) короткі методи лікування для окремих людей; 2) створення груп підтримки, які одночасно працюють із багатьма; 3) кризові телефонні лінії та прямі центри; 4) сортування потреб і оцінювання наявних ресурсів громади; 5) забезпечення управління стресом для полегшення стану робітників системи; 6) групи підтримки для консультантів/інструкторів; 7) розвиток спільнот підтримки жертв (тобто підтримка і захист з боку релігійних, духовних, культурних лідерів громад) для запобігання повторній віктимізації; 8) освічення щодо травми та психологічного здоров'я; 9) посередництво у збройних конфліктах громади; 10) бібліотека / ресурсний центр для тренерів; 11) регіональні/міжнародні консультації та підтримка команд місцевих тренерів.

Використання так побудованих багатокomпонентних проєктів показало важливу роль медіа в подоланні громадою колективної травми і дало змогу визначити особливості медіапідтримки. Виявилося, що людям найкраще використовувати медіакомуні-

кацію за допомогою друкованих матеріалів, таких як газетні статті, листівки, друковані буклети, замість електронних засобів масової інформації, таких як телебачення або радіо [16]. При небажанні людських контактів з боку постраждалих, що відображає здатність виживанців контролювати експозицію травматичної пам'яті, електронні ЗМІ можуть сприйматися як форма небажаного нав'язаного вторгнення, у той час як друковані матеріали дають повну можливість контролювати поступовий доступ. У дослідженні медіатравми війни, проведеному Інститутом соціальної та політичної психології НАПН України серед підлітків, було виявлено два способи саморегуляції взаємодії з медіа, що містять потенційно травматичну інформацію – рефлексивна ємність спілкування і критична медіаграмотність, які модерують негативний ефект медіавпливів на психологічне благополуччя підлітка. Водночас за найменших показників психологічного благополуччя підлітки обирають для саморегуляції уникнення контакту з медіа як основний спосіб захисту. Цей виявлений феномен мораторію певних медіапрактик підтверджує, на нашу думку, ідею важливості використання друкованих медіа для надання інформації членам постраждалих спільнот, які захищають себе від втручання мембраною травми.

Таким чином, уявлення про складну систему мембран травми, яка формується в постраждалій спільноті, дає можливість управляти процесом установлення, моніторингу і спостереження динамічних змін, тобто доглядати за мембранами травми заради уникнення стагнації зіціловальних процесів.

Модель пошуку комфорту у важкі часи щоденної повільної травми Ерла Джонсона. На думку Джонсона, шукати комфорт у важкі часи – це полегшувати горе і травму після немислимих жахів – авіакатастроф, масових вбивств, смертоносних смерчів, терористичних актів. Комфорт – це емоційна і духовна самодопомога після катастрофи. Знаходження комфорту – це поділяння цінної мудрості тих, хто працював у найгірших ситуаціях, забезпечуючи надію та зіцлення. У швидких і повільних катастрофах, на думку автора, усе ж можна шукати комфорт, навіть у ті півроку, які залишилися для боротьби зі смертельною хворобою, і навіть у ті 29 секунд, що залишилися до падіння літака.

Щодо масштабних катастроф автор наголошує, що це насправді множинні катастрофи, де одна велика біда супроводжується безліччю малих побутових катастроф. Більше того, після закінчення катастрофи часто виникає друга хвиля жорстокого поводження та домашнього насильства. Побудова відносин до катастрофи та зміцнення поведінки людей опосередковують вплив як повсякденних катастроф, так і великих катастрофічних подій. У всяких умовах можна шукати комфорт, застосовуючи такі запропоновані автором шляхи: 1) бережіть себе; 2) станьте членом команди, що цінує емоційне здоров'я вашої громади; 3) не потрібно всіх утішати; 4) будьте цікаві та шанобливі; 5) дайте підтвердження іншим, хто може бути втішниками; 6) знайдіть час, щоб згадати особливих людей у своєму житті; 7) ніколи не втрачайте почуття страху та подиву, оскільки це піднімає ваш настрій і поліпшує емоції; 8) сміх може втішати і протистояти страху; 9) святкуйте добрі часи, знаходьте, що в них особливого; 10) горювати – це пам'ятати про любов, комфорт цьому не суперечить, а завжди цінується.

Комфорт – це одна із цінностей, які можуть об'єднувати громаду в уявленнях про майбутнє. Важливим аспектом розглядуваної моделі зцілення є те, що комфорт треба не очікувати лише в майбутньому, а шукати в теперішньому.

Узагальнюючи запропоновані моделі як певні образи зцілення громад, варто зауважити на двох змістових аспектах: 1) важливості зростання рефлексії складності громади і залучення до групової рефлексії її членів, доведення рефлексивних процедур у комунікації до репрезентативного рівня, коли репрезентується розмаїття ідентичностей у громаді; 2) медійному аспекті процесу зцілення громади. Важливість останнього важко переоцінити, особливо в умовах інформаційного буму і цифрової трансформації суспільства, проте досліджень, присвячених цій проблематиці, досі бракує. Крім того, варто передбачити спеціалізовану підготовку і підвищення кваліфікації широкого кола осіб, залучених до забезпечення процесів реінтеграції захоплених територій щодо динаміки зцілення постраждалих громад.

Тематична і дидактична структура підготовки соціального реабілітолога до роботи з громадою. Слухачам пропону-

ються загальний задум курсу і перелік тем для розгляду з можливістю розширити або замінити будь-яку тему на іншу. Таким чином, створюється ситуація співтворчості у проходженні курсу. Пропонована тематика охоплює природні катастрофи (завжди можна знайти в медійному просторі актуальну інформацію про цунамі, урагани, селі чи інші поточні катастрофи у глобальному масштабі кліматичних змін), техногенні катастрофи (як історичну Чорнобильську, так і варіанти нещодавніх екологічних наслідків анексії та воєнних дій у непідконтрольних районах Донецької та Луганської областей), травми війни, тероризму і полону (включаючи детальний розгляд стокгольмського синдрому і механізму "промивання мізків", зокрема життєзберігальні стратегії протистояння злочинним технологіям), соціальні надзвичайні ситуації, пов'язані із суїцидом і жорстоким булінгом з акцентом на превенції та поственції.

4.6. Принципи підготовки фахівця до соціальної реабілітації громад

Основним принципом тематичної побудови спеціалізованого курсу із соціальної реабілітації громад є *рефлексивна валідність* – відповідність до актуальних практичних запитів сьогодення. Це дає слухачам упевненість у потрібності знань "прямо сьогодні", оскільки вони стосуються професійної діяльності в досить імовірних надзвичайних ситуаціях (природні й техногенні катастрофи, терористичні атаки і воєнні дії, соціальні надзвичайні ситуації, включаючи булінг і суїцид), а також урахування динаміки історичних колективних травм нашої національної спільноти, які мають ефект трансгенераційного передавання (минулі війни, голодомори, Чорнобильська катастрофа, локальні природні й техногенні катастрофи, щодо яких слухачі є представниками наступних поколінь безпосередніх учасників).

Оскільки тематика має потенціал вторинної травматизації або медіатравми (особливо при використанні на заняттях аудіовізуальної та візуальної продукції), то важливими принципами побудови курсу є ресурсність та інформаційна екологічність.

Принцип ресурсності передбачає на початку кожної теми розгляд і практикування відповідних засобів емоційної і ціннісно-сміслової саморегуляції, що необхідні для стабілізації й нарощування психологічного ресурсу, запобігання індуктивним впливам, зосередження на посттравматичному зростанні.

Принцип інформаційної екологічності передбачає самооцінку готовності до розгляду певної теми з погляду імовірного персонального кумулятивного психотравмувального ефекту кожним слухачем і свідомого прийняття рішення щодо особистісної готовності/неготовності до зустрічі саме із цією тематикою. Таке самовизначення збільшує психологічний ресурс і готовність до роботи з потенційно травмувальним контентом курсу. У випадку особистої неготовності студенту надається можливість альтернативного вивчення теми (самостійного за індивідуальним графіком у більш ресурсному стані), або в межах спільної роботи тема розглядається без аудіовізуального супроводу. Вивчення курсу створює умови для збільшення персональної психологічної готовності до дій у надзвичайних ситуаціях, вибору найбільш ефективних стратегій реагування і самозбереження, розуміння свого місця і ролі власних дій у динаміці розгортання соціально-психологічних процесів у постраждалих спільнотах.

Загалом курс має бути побудований у формі створення рефлексивного середовища для усвідомлення і пророблення власного досвіду реагування і рефлексування колективних травм спільноти, до якої слухачі відчують належність. Знання закономірностей динаміки соціально-психологічних характеристик спільнот після зіткнення із травмувальними подіями дає можливість децентрації та переосмислення власних тривалих наслідків травмувальних подій і пошуку комфорту в переживанні щоденних травм.

Список використаних джерел

1. Alexander J. C. Trauma: A Social Theory / J. C. Alexander. — Cambridge : Polity Press, 2012. ISBN-13: 978-0-7456-4912-2
2. Assefa H. Peace and reconciliation as a paradigm / H. Assefa. — Nairobi : MajesticPress, 1993.

3. Bar-On D. The Indescribable and the Undiscussable. Reconstructing Human Discourse After Trauma / D. Bar-On. – Budapest : Central European University Press, 1999.
4. Caruth C. Trauma: explorations in memory / C. Caruth. – Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1995.
5. Cobb J. Prepper's Communication Handbook: Lifesaving Strategies for Staying in Contact During and After a Disaster / J. Cobb. – Berkeley : Ulysses Press, 2016. ISBN: 978-1-61243-531-2
6. Conradi L. Grassroots peacework in Nicaragua / L. Conradi // Peace Review. – 1993. – 5. – № 4. – P. 437–445.
7. Friedländer S. When Memory Comes / S. Friedländer. – New York : Farrar, Straus & Giroux, 1979.
8. Haddow G. D. Disaster communications in a changing media world / G. D. Haddow, K. S. Haddov. – Oxford : Elsevier, 2009. ISBN: 978-1-8561-7554-8
9. Horowitz M. J. Stress response syndromes / M. J. Horowitz. – 2nd edn. – Northvale, NJ : Aronson, 1976.
10. Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: the Structure of Human Chaos / R. J. Ursano, B. G. McCaughey, C. S. Fullerton, B. Raphael. – Cambridge University Press, 1994. ISBN 0-521-41633-7
11. Janis I. L. Victims of Groupthink: A Psychological Study of Foreign-policy Decisions and Fiascoes / I. L. Janis. – Boston : Houghton, Mifflin, 1972. ISBN 0-395-14002-1
12. Johnson E. Finding Comfort During Hard Times: A Guide to Healing after Disaster, Violence, and Other Community Trauma / E. Johnson. – Rowman & Littlefield Publishers, 2020.
13. Kapur G. B. Effective communication during disasters: making use of technology, media, and human resources / G. B. Kapur, S. Bezek, J. Dyal. – Oakville : Apple Academic Press, 2017. ISBN: 13: 978-1-77188-511-9
14. Categorising CBR service delivery: The Roi-Et classification / P. Kuipers, K. Kuipers, S. Mongkolsrisawat et al. // Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. – 2003. – Vol. 14, Issue 2. – P. 128–146. ISSN 0971-9601
15. Lindy J. D. The trauma membrane and other clinical concepts derived from psychotherapeutic work with survivors of natural disasters / J. D. Lindy // Psychiatric Annals. – 1985. – № 15(3). – P. 153–155, 159–160.
16. Lindy J. D. Survivors: Outreach to a reluctant population / J. D. Lindy, M. C. Grace, B. L. Green // American Journal of Orthopsychiatry. – 1981. – № 51(3). – P. 468–478.
17. Maynard K. A. Healing Communities in Conflict: International Assistance in Complex Emergencies / K. A. Maynard. – Columbia University Press, 1999.
18. Neal A. G. National Trauma and Collective Memory: Major Events in the American Century / A. G. Neal. – M. E. Sharpe, Armonk, NY, 1998.

19. O'Leary M. The First 72 Hours: A Community Approach to Disaster Preparedness / M. O'Leary. – iUniverse, Inc., 2004. ISBN: 0-595-75913-0
20. Reconciliation in Conflict-Affected Communities: Practices and Insights from the Asia-Pacific / B. Jenkins, D. B. Subedi, K. Jenkins (eds.). – Springer Singapore, 2018.
21. Resilience and Recovery in Asian Disasters: Community Ties, Market Mechanisms, and Governance. University of Louvain, Research Institute Health and Society / D. P. Aldrich, S. Oum, Y. Sawada (eds.). – Springer, 2015.
22. Shaw S.-L. Human Dynamics Research in Smart and Connected Communities / S.-L. Shaw, D. Sui. – Switzerland : Springer International Publishing, 2018. ISBN 978-3-319-73246-6
23. Shay J. Achilles in Vietnam: Combat trauma and the undoing of character / J. Shay. – Atheneum Publishers / Macmillan Publishing Co, 1994.
24. Trauma Rehabilitation After War and Conflict: Community and Individual Perspectives / E. Martz (eds.). – Springer-Verlag New York, 2010.
25. Ursano R. J. Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions / R. J. Ursano, C. S. Fullerton, A. E. Norwood. – Cambridge University Press, 2003. ISBN-13 978-0-511-07097-6
26. Найдьонова Л. А. Рефлексивна психологія територіальних спільнот / Л. А. Найдьонова. – К. : Міленіум, 2013. ISBN: 978-966-8063-65-7 54
27. Підручник пожежного рятувальника / за заг. ред. С. А. Парталяна. – К., 2014.
28. Сидоров П. И. Психология катастроф / П. И. Сидоров, И. Г. Мосягин, С. В. Маруняк. – Архангельск : Изд. центр СГМУ, 2007.
29. Чорна Л. Г. Груповий міф та його функції в складних соціальних ситуаціях / Л. Г. Чорна // Наукові студії із соціальної та політичної психології. – 2019. – Вип. 43(46). – С. 116–125.

ЧАСТИНА II

СТВОРЕННЯ СЕРЕДОВИЩА ВІДНОВЛЕННЯ: ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ЗМІСТОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Розділ 5

УПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА В УНІВЕРСИТЕТІ

Розділ присвячено аналізу впровадження практик інклюзивної освіти у вищій школі. Наведено нормативно-правове регулювання цієї сфери в українському законодавстві, проаналізовано ключові положення, які відображають динаміку змін у інклюзивній політиці. Представлено результати кроскультурного емпіричного дослідження, мета якого полягала у виявленні особливостей і відмінностей у культурі сприйняття та способах організації інклюзивного середовища зарубіжних університетів.

5.1. Нормативно-правове регулювання інклюзивної освіти у вищій школі

Однією із яскравих світових тенденцій сьогодення є зростання кількості університетів, орієнтованих на упровадження концепції інклюзивної освіти з різними (почасти оригінальними) моделями надання академічних послуг для студентів з інвалідністю [1, 2]. Не виключенням є й Україна. Ратифікація Україною у 2009 році Конвенції ООН про права інвалідів і Факультативного протоколу до неї пришвидшили процеси впровадження цивілізаційних підходів у забезпеченні основоположних прав людей з інвалідністю, стали підґрунтям для нової інституціональної політики соціального включення до закладів вищої освіти.

На рівні нормативно-правових актів упровадження інклюзивної освіти у вищій школі в Україні має свою законодавчу траєкторію. Перші паростки визнання права на освіту осіб з інвалід-

ністю (у тогочасній термінології – осіб з обмеженими фізичними можливостями) містяться в Указі Президента України "Про Національну програму професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001–2005 роки" (2001). В Указі зроблено важливий акцент на необхідність розвитку форм і методів соціальної реабілітації, створення професій, пов'язаних із реабілітаційною сферою – реабілітологів, психологів, сурдоперекладачів та інших спеціалістів. Водночас у цьому документі пропагується продовження лінії радянської доби на ексклюзивне (сегреговане) навчання і виховання осіб з інвалідністю через мережу спеціальних загальноосвітніх санаторних шкіл (шкіл-інтернатів), спеціальних груп для осіб з обмеженими фізичними можливостями у вищих і професійно-технічних навчальних закладах.

У грудні 2009 року Кабінет Міністрів України видав Розпорядження за № 1482-р "Про затвердження плану заходів щодо запровадження інклюзивного та інтегрованого навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на період до 2012 року", а з 2010 року (Указ Президента України "Про заходи щодо забезпечення пріоритетного розвитку освіти в Україні") в українському законодавчому полі з'являються терміни *інклюзивне навчання*, *інтегроване навчання* та *діти з особливими освітніми потребами* (хоча саме така термінологія була запропонована у відомій Саламанській декларації ще у 1994 р.). "Особливі потреби", – записано у ній, – "стосуються всіх дітей і молодих людей, чії потреби залежать від різної фізичної чи розумової недостатності або труднощів, пов'язаних із навчанням. Багато дітей мають труднощі в навчанні і, таким чином, мають спеціальні освітні потреби на певних етапах свого навчання у школі" [3, с. 9]. Проте дія вищезазначених документів розповсюджувалась на той час лише на дошкільні та загальноосвітні заклади.

У 2012 році за Наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України "Про проведення експерименту щодо організації інтегрованого навчання осіб із особливими освітніми потребами у вищих навчальних закладах I-IX рівнів акредитації незалежно від форм власності та підпорядкування" було складено перелік із 13 закладів вищої освіти України, на базі яких пла-

нувалося проводити пілотний експеримент з упровадження концепції інтегрованого навчання. Серед переліку цих навчальних закладів міститься і перший в Україні університет інклюзивного типу "Україна", який на той час уже напрацював певний досвід у цій царині (рік створення університету – 1998-99). Цікаво, що правовими підставами для відкриття університету наприкінці 90-х років XX століття стала низка міжнародних документів: "Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів" (1993), Саламанська декларація (1994), положення Плану дій Ради Європи зі сприяння правам і повній участі інвалідів у суспільстві (2006) та ін. [4]. Водночас, як зауважують дослідники К. О. Кольченко та Г. Ф. Нікуліна: "декларування права людей з інвалідністю на отримання вищої освіти в Україні до останнього часу не було підтверджено створенням вітчизняної моделі інклюзивної освіти й конкретними механізмами її реалізації та фінансового забезпечення" [5].

Указ Президента України "Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 року" (2013) проголосив одним із основних завдань забезпечення функціонування ефективної системи інклюзивної освіти в Україні, натомість серед завдань Національної стратегії у вищій освіті інклюзивна освіта чи інклюзивне навчання не виокремлюються.

Нарешті, Закон України "Про вищу освіту" 2014 року ввів термін *особа з особливими освітніми потребами* в контексті здобуття вищої освіти, а також зафіксував положення про забезпечення рівного доступу до якісної освіти всім громадянам без винятку. У Законі України "Про освіту" (2017) поруч із поняттям "інклюзивне навчання" вводиться поняття "інклюзивне освітнє середовище", яке виступає головним фактором забезпечення рівності й доступності до здобуття вищої освіти кожному громадянину України (зокрема й особам із особливими освітніми потребами). Водночас у Законі вводяться нові поняття і термінологія інклюзивного тезаурусу: *індивідуальна програма розвитку, розумне пристосування та універсальний дизайн*. Крім того, Закон гарантує право на отримання додаткових послуг особам із особливими освітніми потребами – навчання жестовою мовою з використанням шрифту Брайля.

Такі зміни в основоположних законодавчих документах стали підґрунтям для інтенсивного реформування традиційної вищої освіти, уможлиблюючи доступ до якісної освіти особам із особливими освітніми потребами [6]. 10 липня 2019 року виходить Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах вищої освіти", яка визначає організаційні засади інклюзивного навчання у ЗВО, а впроваджена в Україні у 2019 році система зовнішнього оцінювання якості освітньої діяльності вищої школи (через Національне агентство забезпечення якості вищої освіти) включила оцінку "створення умов для реалізації права на освіту особам із особливими освітніми потребами" (критерій 7, підкритерій 7.5). Отже, курс на упровадження інклюзивної освіти в університетах стає не лише ініціативою (чи бажанням самого університету), але й певним незадекларованим зобов'язанням. Як зауважують зарубіжні дослідники: "уряди надають меншу економічну підтримку ЗВО, натомість *включення* стає модною мовою у програмі збільшення кількості національних систем акредитації та забезпечення якості" [7, с. 14].

Такий ретроспективний огляд нормативно-правового регулювання (табл. 5.1) дає підстави говорити про поступову зміну або еволюціонування підходів у розумінні інклюзивної освіти від інтегрованого навчання (за якого принцип сегрегації осіб з інвалідністю не виключається) до інклюзивного (де передбачається навчання однієї або більше осіб із особливими освітніми потребами поряд з іншими здобувачами освіти).

Таблиця 5.1

Еволюція нормативно-правового забезпечення інклюзивної освіти у вищій школі в Україні

№ п/п	Законодавчий документ	Рік	Цитування
1	Указ Президента України "Про Національну програму професійної реабілітації та зайнятості"	2001	Основним завданням Програми є забезпечення реалізації особами з обмеженими фізичними можливостями їхніх конституційних прав на професійну орієнтацію та навчання, освіту, зайнятість

Продовження табл. 5.1

№ п/п	Законодавчий документ	Рік	Цитування
	осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001–2005 роки"		
2	Указ Президента України "Про заходи щодо забезпечення пріоритетного розвитку освіти в Україні"	2010	Забезпечити активізацію роботи із запровадження інклюзивного навчання в дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах дітей із особливими потребами
3	Наказ Міністерства освіти і науки "Про затвердження Концепції розвитку інклюзивного навчання"	2010	Інклюзивне навчання – це комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям з особливими освітніми потребами шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на основі застосування особистісно-орієнтованих методів навчання, з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей
4	Наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України "Про проведення експерименту щодо організації інтегрованого навчання осіб з особливими освітніми потребами у вищих	2012	Очікувані результати: 1. Створення нормативних документів з питань організації інтегрованого навчання у вищих навчальних закладах для осіб із особливими освітніми потребами. 2. Підготовка науково-методичних і навчально-методичних матеріалів з питань комплексної системи супроводу (андрагогічного, корекційно-реабілітаційного, психолого-педагогічного, соціального, медич-

Продовження табл. 5.1

№ п/п	Законодавчий документ	Рік	Цитування
	навчальних закладах I-IX рівнів акредитації незалежно від форм власності та підпорядкування"		ного, організаційного та технічного) навчання осіб із особливими освітніми потребами. 3. Створення моделей спеціальних освітніх послуг для вищезазначеної категорії молоді з урахуванням нозологій. 4. Створення у вищих навчальних закладах, що є учасниками експерименту, сучасної бази для забезпечення рівного доступу до якісної вищої освіти осіб із особливими освітніми потребами з метою забезпечення їх широкої інтеграції в загальний освітній простір
5	Указ Президента України "Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 року"	2013	Основні завдання Національної стратегії: забезпечення функціонування ефективної системи інклюзивної освіти; <i>в освіті дітей із особливими освітніми потребами:</i> • розроблення методики раннього виявлення та проведення діагностики дітей із особливими освітніми потребами; • удосконалення мережі спеціальних навчальних закладів, створення нових моделей і форм організації освіти для осіб із особливими освітніми потребами; • відкриття дошкільних груп компенсувального типу для дітей із особливими освітніми потребами, які проживають у сільській місцевості; • розширення практики інклюзивного й інтегрованого навчання в

Продовження табл. 5.1

№ п/п	Законодавчий документ	Рік	Цитування
			дошкільних, загальноосвітніх і позашкільних навчальних закладах дітей та молоді, що потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку; пріоритетне фінансування, навчально-методичне та матеріально-технічне забезпечення навчальних закладів, що надають освітні послуги дітям і молоді із особливими освітніми потребами, забезпечення архітектурної, транспортної та інформаційної доступності таких закладів для цієї категорії осіб
6	Закон України "Про вищу освіту"	2014	Ст. 1. Основні терміни та їх визначення. Особа з особливими освітніми потребами – особа з інвалідністю, яка потребує додаткової підтримки для забезпечення здобуття вищої освіти. Формування і реалізація державної політики у сфері вищої освіти забезпечуються шляхом створення та забезпечення рівних умов доступу до вищої освіти, у тому числі забезпечення додатковою підтримкою в освітньому процесі осіб із особливими освітніми потребами, зокрема психолого-педагогічним супроводом, створення для них вільного доступу до інфраструктури закладу вищої освіти
7	Закон України "Про освіту"	2017	Ст. 1. Основні терміни та їх визначення. Інклюзивне навчання – система освітніх послуг, гарантованих дер-

Продовження табл. 5.1

№ п/п	Законодавчий документ	Рік	Цитування
			жавою, що базується на принципах недискримінації, врахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників. Інклюзивне освітнє середовище – сукупність умов, способів і засобів їх реалізації для спільного навчання, виховання та розвитку здобувачів освіти з урахуванням їхніх потреб та можливостей. Особа з особливими освітніми потребами – особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту. Розумне пристосування – запровадження, якщо це потрібно в конкретному випадку, необхідних модифікацій і адаптацій з метою забезпечення реалізації особами з особливими освітніми потребами конституційного права на освіту нарівні з іншими особами. Універсальний дизайн у сфері освіти – дизайн предметів, навколишнього середовища, освітніх програм та послуг, що забезпечує їх максимальну придатність для використання всіма особами без необхідної адаптації чи спеціального дизайну Ст. 3. Право на освіту. В Україні створюються рівні умови доступу до освіти. Ніхто не

Закінчення табл. 5.1

№ п/п	Законодавчий документ	Рік	Цитування
			може бути обмежений у праві на здобуття освіти. Право на освіту гарантується незалежно від віку, статі, раси, стану здоров'я, інвалідності, громадянства, національності, політичних, релігійних чи інших переконань, кольору шкіри, місця проживання, мови спілкування, походження, соціального і майнового стану, наявності судимості, а також інших обставин та ознак. Держава створює умови для здобуття освіти особами з особливими освітніми потребами з урахуванням індивідуальних потреб, можливостей, здібностей та інтересів, а також забезпечує виявлення та усунення факторів, що перешкоджають реалізації прав і задоволенню потреб таких осіб у сфері освіти
8	Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах вищої освіти"	10.07 2019	Цей Порядок визначає організаційні засади інклюзивного навчання у закладах вищої освіти незалежно від форми власності та підпорядкування з метою реалізації права осіб із особливими освітніми потребами на здобуття якісної вищої освіти з урахуванням потреб та можливостей таких осіб. Засновник закладу вищої освіти або уповноважена ним особа забезпечує створення у закладі вищої освіти інклюзивного освітнього середовища

Виходячи із проведеного аналізу нормативно-правових документів, доводиться визнати, що в Україні не існує національної політики щодо розвитку університетів, які включають інклюзивні можливості. Швидше законодавчі документи й уряд делегують відповідальність самим університетам, які мають розробляти внутрішні стратегії та політику, яка б ураховувала тенденції сьогодення до сприяння розвитку інклюзивного середовища.

5.2. Поняття інклюзивного освітнього середовища університету

Розгляд поняття *інклюзивне освітнє середовище* достатньо дискусійний і потребує додаткових розвідок та досліджень. В українському контенті, коли йдеться про власне формулювання терміна *інклюзивне середовище* чи *інклюзивна освіта*, найчастіше спрацьовує уявний конструкт, пов'язаний насамперед з навчальною діяльністю студентів (учнів) із особливими освітніми потребами (або осіб з інвалідністю) у закладі освіти. Соціальний конструктивізм стверджує, що форми, у яких ми розуміємо світ та його явища, є "історично та культурно специфічними" [8, с. 4]. У цьому сенсі поняття інклюзії та її виміри (інвалідність, бідність, гендер, безробіття, етнічна приналежність тощо), на думку Ю. Г. Бесерра Замора, – це соціальні конструкції, які є динамічними та мають ендемічні нюанси.

Зауважимо, що розуміння інклюзії лише в контексті інвалідності є відлунням радянської епохи і превалювання в ній медичної моделі реабілітації в освітній та соціальній сферах. Примітно, що ще у 1924 році основоположник дитячої психології Л. С. Виготський, розмірковуючи над питаннями навчання і виховання дітей із порушеннями розвитку, писав: "Імовірно, людство перемаже раніше чи пізніше і сліпоту, і глухоту, і слабумство. Але набагато раніше воно перемаже їх у соціальному і педагогічному плані, аніж у плані медичному і біологічному... . Фізично сліпота і глухота ще довго будуть на землі. Сліпий залишиться сліпим і глухий – глухим, але вони перестануть бути дефективними, тому що дефективність є поняття соціальне, а

дефект є наростом на сліпоті, на глухоті, на німоті. Сама по собі сліпота не робить дитину дефективною, не є дефективність, тобто неспроможність, неповноцінність, хвороба. Вона стає нею лише за відомих *соціальних умов існування* сліпого" [10, с. 72].

На початку ХХ століття ідеї Л. С. Виготського про важливість соціального виховання дітей із порушеннями розвитку, яке ґрунтується "не на пасивному навчінні, а на активній і дієвій участі в житті" [10, с. 73], усебічно розвивались і почали упродовжуватися на науковому й організаційному рівнях на теренах колишнього СРСР (зокрема у школах УРСР). Проте дуже скоро "соціальне виховання дефективної дитини, основане на методах соціальної компенсації її природного порушення" [10, с. 70] було замінене ідеями "соціальної корисності" людини, які відображали ідеологічні настанови тоталітарного режиму. Цінність кожної людини почала визначатися її цінністю для суспільного блага. Відповідно питання про те, хто і через які обставини не зміг стати корисним членом суспільства, залишалося відкритим, так само як питання пристосування суспільства до потреб цих людей. Панівна ідеологія фактично закріпила статус соціальної малоцінності людей з обмеженими можливостями, а характер освіти набув ознак патерналістського (з його презирливим ставленням до дитини з інвалідністю) закритого (інтернатного) типу. Пророчими виявились і слова Л. С. Виготського: "Спеціальна школа за своєю природою є антисоціальною і виховує анти-соціальність" [10, с. 74]. Як справедливо зауважує С. А. Котова, існуючий через таку позицію характер освіти інвалідів не сприяє досягненню високого рівня соціальної адаптації, не дозволяє набутти престижні і конкурентоспроможні професії, отримати високу кваліфікацію; він орієнтований на низьку якість життя, пов'язаний з мізерною пенсією, низькооплачуваною роботою, слабкою правовою захищеністю і відтворює культуру бідності [11]. Тому, коли йдеться про розробку стратегії навчання осіб з інвалідністю, особливої гостроти набуває питання моделі, за якою воно відбуватиметься, – медичною чи соціальною. Медична модель має тенденцію зосереджуватись на діагнозі, існуючих дисфункціях чи патології, приписуючи людям з інвалідністю статус хворих, і доходить висновку про необхідність їх виправ-

лення або ізоляцію. Натомість соціальна модель сприймає інвалідність як певну *різницю* і фокусується на усуненні тих перепон, які трапляються в закладах і установах, заснованих на дискримінаційних підходах чи забобонах щодо людей з інвалідністю. Ця модель наголошує на тому, що порушення фізичного або психічного розвитку, як і будь-які функціональні зміни організму, старіння або хвороба, – це більше ніж просто медичне явище. Інвалідизуючими насамперед стають умови навколишнього середовища і ставлення інших людей, а причиною обмежених можливостей – недоліки або недосконалість освітніх програм, медичних і соціальних послуг, міської чи транспортної інфраструктури тощо.

Натомість нещодавно з'явилася третя перспектива, яку називають *культурною моделлю*, яка відображає інвалідність як *ціннісну форму людської мінливості*, певний культурний феномен, що відрізняється від інших культурних феноменів. Дискусія в межах культурної моделі посилює позиції людей з інвалідністю в суспільстві та спрямована на те, як соціальна ідентичність згуртовує людей, а культура та мистецтво людей з інвалідністю дають їм можливість створити свій позитивний імідж у суспільстві. Популярні лозунги цієї моделі: "я людина з інвалідністю, але я цим пишаюсь", "прославляйте свою відмінність". У табл. 5.2 наведено різницю між трьома моделями.

Ці різні погляди на інвалідність як проблему, різницю чи цінність визначають спосіб розв'язання питань доступу в університетах. Доводиться визнати, що більшість університетів функціонують у рамках медичної моделі інвалідності. Зокрема, вищезгадана Постанова Кабінету Міністрів України 2019 року теж здебільшого базується на ній. З одного боку, як задекларовано в Постанові, ЗВО "*надають освітні послуги здобувачам освіти на рівній основі*", а з іншого – освітня діяльність відбувається "*із застосуванням особистісно-орієнтованих методів навчання та з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності всіх здобувачів освіти, рекомендацій індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю (за наявності) та/або висновку про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини (за наявності), що надається інклюзивно-ресурсним центром*" [11].

Таблиця 5.2

Моделі інвалідності

	Медична модель	Соціальна модель	Культурна модель
Вид інвалідності	Дефіцит або ненормальність	Різниця	Ціннісне людське різноманіття
Причина	Інвалідність укорінена у фізичний або психологічний недостатності	Здібності, відсутність доступності	Здібність, відсутність доступності, бар'єри у ставленні
Локус проблеми	Людина	Соціальні інститути та процеси	Соціальні інститути та процеси; спроможна ідеологія
Агент зміни	Медичний або технологічний експерт	Інваліди, захисники інвалідності, соціальні рухи, інституційне лідерство	Культура інвалідності, соціальні рухи, суспільство
Мета зусиль щодо змін	Люди з обмеженими можливостями та інші зусилля, спрямовані на влаштування	Інституційні процеси та протоколи; соціальні практики; суспільні норми та цінності	Крім змін, інституції, що змінюють домінуюче розуміння інвалідності як проблеми
Мета змін	Діагностувати, зменшувати, виправляти та/або враховувати виявлені недоліки	Підвищити доступність у всіх аспектах життя суспільства й усунути бар'єри, які обмежують вибір людей з інвалідністю	Переосмислити інвалідність як цінний спосіб існування у світі

Іншими словами, факт наявності діагнозу не виключається, більше того, у Постанові вказується, що "керівник ЗВО на підставі письмового звернення здобувача освіти з особливими освітніми потребами або одного з батьків (інших законних

представників), а також індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю (за наявності), іншої документації, що підтверджує наявність в особи особливих освітніх потреб, утворює інклюзивну групу". За такого підходу інвалідність розглядається як відхилення від норми, акцентується увага на особливому статусі такого студента, який потрібно враховувати при організації освітньої діяльності, що вже за фактом дискримінує особу, посилюючи "психологію сепаратизму" [10, с. 74].

На противагу цьому соціальна чи культурна моделі інвалідності зосереджують увагу на посиленні доступності для всіх студентів, незалежно від того, мають вони офіційний діагноз чи ні; соціальне середовище враховує варіації людського різноманіття. Якість освіти за цих умов забезпечується за рахунок розробки належних навчальних планів, організаційних засобів, вибору стратегії викладання, використання ресурсів і партнерських зв'язків.

Для прикладу, у Каліфорнійському університеті (США) існує практика приймання на роботу, за якої кандидати на викладацьку діяльність мають написати есе на тему: "Заява, що стосується минулого та/або потенційного внеску в різноманітність за допомогою викладання, досліджень, професійної діяльності і/або обслуговування". Таким чином, університет виявляє прихильність кандидата до *визнання і підтримки різноманіття* як головної умови впровадження інклюзивної освіти, а точніше, *інклюзивної досконалості*, що розглядається як внесок у розвиток і університету і *різноманітного та процвітаючого суспільства* загалом.

Отже, створення інклюзивного освітнього середовища – це насамперед демонстрація прихильності до демократичних цінностей, еволюційно-цивілізаційних поглядів на природу, сутність і сенс людського існування. Вони відображені в основоположних принципах побудови інклюзивної освіти:

1. Цінність людини не залежить від її здібностей і досягнень.
2. Кожна людина здатна відчувати і думати.
3. Кожна людина має право на спілкування і на те, щоб бути почутою.
4. Усі люди потребують одне одного.

5. Справжню освіту можна здобувати тільки в контексті реальних взаємин.

6. Усі люди мають потребу в підтримці та дружбі ровесників.

7. Усі, хто навчається, можуть швидше досягти прогресу в тому, що вони можуть робити, а не в тому, що не можуть.

8. Різноманіття підсилює всі сторони життя людини.

Повертаючись до проблем розвитку інклюзивної освіти у вищій школі, варто звернути увагу на дослідження Ю. Г. Бесерра Замора, який зауважує, що розгляд політики "соціального включення до вищих навчальних закладів" має враховувати низку чинників, серед яких: 1) географічний; 2) вимірний; 3) пояснювальний [9, с. 4]. Вивчаючи географію досліджень у цій царині, автор доходить висновку, що найчастіше вони концентруються лише в певних географічних районах (таких як США, Канада, Нова Зеландія, Австралія, країни Європи), що, на його думку, "обмежує наукове розуміння соціального включення у ЗВО до англосередземноморського контексту". По-друге, ці дослідження часто зосереджуються лише на одному вимірі соціального відчуження, наприклад економічному статусі, гендерних чи сексуальних меншинах або інвалідності чи етнічній приналежності. Автор застерігає, що така одновимірність може стерти грані між різними вимірами інклюзивності та призвести до гомогенізації цільової соціальної групи. І, нарешті, його застереження стосуються використання тих теоретичних і концептуальних меж, характерних для західних розвинених країн (напр. теорія критичної раси, феміністична критична теорія, постструктуралістські підходи тощо), які мають досить обмежену пояснювальну силу при спробі зрозуміти соціальне включення в інші контексти. Ці застереження варто брати до уваги при розробці моделей інклюзивної освіти у вищій школі та побудові концепції інклюзивного середовища закладу вищої освіти.

5.3. Дослідження зарубіжних практик інклюзивного середовища університету

Для виявлення особливостей і відмінностей у культурі сприйняття та способах організації інклюзивного середовища

зарубіжних університетів нами (разом із магістеркою Павленко Ліною) було проведено кроскультурне дослідження методом інтернет-опитування. Вибірку становили студенти закордонних і українських університетів. Вибірка іноземних студентів стихійна (розмір і склад стихійних вибірок заздалегідь не відомий і визначається тільки одним параметром – активністю респондентів). Географія участі студентів із різних країн світу така: Кенія – 41 %; Фінляндія – 14; Польща – 13,5; Румунія – 9; Німеччина – 4,5; Іспанія – 4,5; США – 4,5; Мексика – 4,5; Франція – 4,5 %.

Українську вибірку становили студенти Київського національного університету імені Тараса Шевченка (далі КНУ), які навчалися за програмою академічної мобільності в закордонних університетах у 2019–2020 роках (Університет прикладних наук "Novia", Фінляндія; Університет соціальних та гуманітарних наук, Польща; Хайльброннська вища школа, Лейпцизький університет, Констанцький університет, Університет імені Фрідріха Александра міст Ерланген та Нюрнберг, Німеччина).

Опитувальник містив три блоки: 1) інклюзивна політика університету; 2) розвиток інклюзивної культури в університеті; 3) інклюзивна практика в університеті. Ці три ключові аспекти є складовими так званого *індексу інклюзії*, який був запропонований як інструмент самооцінювання британськими науковцями Тоні Бут і Мел Ейскону [12]. Інклюзивна політика відображає стратегію побудови освітнього середовища для всіх учнів; інклюзивна культура визначає формування цінностей прийняття, безпеки, співпраці в університетському середовищі; інклюзивна практика відображає структурування і зміст освітнього процесу, у якому враховані особливі освітні потреби.

За результатами проведеного дослідження нам удалось виокремити ті специфічні "фокуси" суб'єктивного сприйняття інклюзивного середовища студентами, які, на нашу думку, детерміновані соціокультурними контекстами різних країн і, відповідно, мають свою специфіку та відмінність у різних університетах світу. Водночас таке "різнобарв'я поглядів" в українських університетах, на нашу думку, дає можливість глибшого аналізу та специфічного моделювання ситуації впровадження інклюзивно-

го освітнього середовища, передбачаючи ризики і виклики на шляху його створення.

Перше запитання опитувальника стосувалося ситуації щодо рівня забезпеченості прав українських студентів в університетах, де вони навчались за програмою академічної мобільності. Ми отримали відповідь, що на 100 % ці права були забезпечені: *було відчуття, що я можу звернутися по допомогу або пораду до деканату приймаючого університету або ж, у більш глобальному розумінні, до посольства; для нас організовувались навчальні/неформальні заходи: ознайомчі/вступні зустрічі, екскурсії, спортивні секції.* Відповідь на запитання забезпечення прав студентів-іноземців у їхніх університетах мала дещо інший характер. 90 % відповіли, що їхні права забезпечуються в університеті, а серед прикладів недотримання прав зазначали такі: *проблеми самовираження (що стає предметом конфлікту в університеті), високі вимоги до вступу, проблеми соціальної справедливості, демократичні зміни серед науковців, проблема етнічної приналежності.* Різниця у відповідях, на нашу думку, фіксує відсутність актуального досвіду захисту своїх прав в українських студентів, у їхніх відповідях швидше спостерігається патерналістська настанова, що захист прав – це можливість від когось або чогось отримати підтримку, допомогу, прихисток у разі виникнення проблем, але це меншою мірою стосується права на самовиявлення і самоутвердження громадянських гарантій. Іноземні студенти акцентують увагу саме на гарантіях прав і свобод громадянина, розвитку демократичних цінностей в освітньому середовищі.

Одне із запитань опитувальника стосувалось розкриття поняття доступності освітнього середовища. Усі українські студенти вказали, що освітнє середовище університетів, де вони навчались, було на 100 % доступним для них у фізичному, інформаційному, інституційному та ментальному вимірах. Відповіді українських студентів часто передавали потужне емоційне захоплення побаченим:

– У нас був спеціальний сайт, на який ми завантажували домашнє завдання та всі лекції і матеріали курсу. Це дуже зручно,

усе, що потрібно, завжди у прямому доступі (*Університет прикладних наук, Фінляндія*);

- Більшість адміністративних питань (про зарахування чи подовження семестру тощо) можна було розв'язувати через електронну платформу, тобто не треба постійно бігати в університет і чекати тижнями, поки встигнеш зібрати всі необхідні підписи тощо;

- Діє студентська карта, яка дає доступ до багатьох послуг: їдальні, бібліотеки, сканерів/принтерів, тобто поповнюєш картку й усюди нею розраховуєшся, термінали для поповнення є в усіх будівлях університету (*Констанцький університет, Німеччина*);

- Дуже хороше ставлення до іноземних студентів! По приїзді було проведено безліч заходів з консультування іноземних громадян щодо навчання, проживання та німецького менталітету. Це був дійсно теплий прийом, також був проведений захід, на якому студентам давали безкоштовне канцелярське приладдя для навчання; таким чином за семестр я не витратила ані цента на зошити, ручки, маркери чи ще щось (*Лейпцизький університет, Німеччина*);

- Проводилися екскурсії, нас активно залучали до студентської спільноти як викладачі, так і самі студенти (*Університет імені Фрідріха Александра міст Ерланген та Нюрнберг, Німеччина*).

Натомість іноземні студенти оцінюють рівень доступності середовища своїх університетів у такому співвідношенні: фізичному (архітектурному) – 77,3 %; інформаційному (подання та зміст інформації) – 86,4 %; інституційному (правовому) – 81,8 %; ментальному (на рівні ставлення) – 68,2 %.

Серед бар'єрів, які перешкоджають доступності середовища, студенти називають такі:

- не вистачає консультантів для задоволення різних потреб під час консультування (*Університет Кеніата, Кенія*);

- проблеми в дипломатії, логістиці, економіці (*Вища школа менеджменту, Польща*);

- відсутність різноманітних засобів (*Університет Каратіні, Кенія*).

На запитання, що робить студентів суб'єктами освітнього процесу, ми отримали такий перелік відповідей від іноземних студентів:

- винаходи та інновації; проведення досліджень; участь у спільних навчальних програмах (*Університет Кеніата, Кенія*);
- обмін уміннями (*Університет Каратіни, Кенія*);
- свобода дії та слова, повна довіра з боку викладачів (*Університет Лілля, Франція*);
- самоосвіта (*Вища школа менеджменту, Польща*);
- соціальна діяльність, духовна спільнота, соціальні клуби (*Університет Гранд-Каньйон, США*);
- можливість обирати предмети, а також деякі зміщувати в часі; мати власне уявлення про свою магістерську роботу, яке приймають викладачі (*Варшавська політехніка, Польща*).

78,6 % опитуваних українських студентів відчули себе повноправними суб'єктами й учасниками освітнього процесу:

- До мене ставилися як до звичайного студента, професори навіть не знали, хто навчається за обміном, а хто ні; також мені було надано можливість брати участь у всіх навчальних процесах, опитуваннях для поліпшення навчального процесу, бути учасником клубів і спільнот, відвідувати всі заходи (*Університет прикладних наук, Фінляндія*);

- Я вмію використовувати всі інформаційні матеріали, які доступні в університеті для всіх студентів. Я вільно спілкувався з іншими студентами, а також із професорами та всіма людьми, які працюють в університеті. Крім того, я мав можливість викласти власну думку та запропонувати, як можна вдосконалити процес навчання (*Кельнський університет, Німеччина*).

Таким чином, суб'єктність студентів забезпечується впровадженням політики доступності освітнього середовища, яке розуміється всіма опитуваними через реалізацію принципу включення до освітнього процесу на різних рівнях. Це можливості вільного вибору навчальних дисциплін; установлення гнучкого графіку навчального процесу; доступ до участі у спільних навчальних програмах, дослідженнях, соціальних діях; приділення уваги особистій думці студентів з боку викладачів; обмін навичками між студентськими спільнотами. Наголос також робився

на побудові особливих стосунків із викладачами, які ґрунтуються на довірі та співробітництві. Найбільше відповідей дали саме українські студенти.

Наступний блок запитань стосувався інклюзивних практик в університеті. Українські студенти звертали увагу, що серед ресурсів зарубіжних університетів є книги для людей з порушеннями зору, таблички, написані шрифтом Брайля, матеріали до лекцій не лише для візуального сприйняття, але й у відеоформаті на сайті, пандуси, обладнані будівлі для осіб з ураженням опорно-рухового апарату тощо. Окрім того, студенти вказували на особливі компетентності викладачів, якими володіють здебільшого педагоги університетів Німеччини, Фінляндії та Греції:

- вони більше відкриті до діалогу й допомоги, не позиціонують себе вище за студентів, часто цікавляться емоційним станом;
- володіють чотирма і більше мовами, добре знаються на комп'ютерних технологіях;
- уміють залучати людей із особливими потребами до навчання;
- мають вільний, толерантний погляд на життя; морально підготовлені до сприйняття будь-яких людей з їхніми особливостями, співпраці з ними на будь-яких рівнях.

Таким чином, для українських студентів були доступні як облаштування фізичного простору кампусів, так і спеціальні педагогічні навички та методи, якими володіють викладачі.

Узагальнюючи відповіді іноземних студентів щодо запроваджуваних інклюзивних практик, можна зробити висновок, що фактично всі вони стосуються практик онлайн-навчання в університетах: відеолекції, відеопрезентації, електронні посібники, скайп-конференції, особисті акаунти, комунікаційні платформи для студентів, Google Zoom тощо. Інформаційні технології стали інтегрованою частиною освітнього середовища, яке наразі швидше сприймається як норма, а не ексклюзивна практика.

На запитання "Чи залучені додаткові спеціалісти для сприяння навчальному процесу студентів із особливими освітніми потребами?" 63,6 % респондентів відповіли, що такі спеціалісти є у штатному розкладі університетів, серед них:

- психологи, наставники студентів (*Мексика, Фінляндія*);

- особистий репетитор для додаткових уроків (*Кенія*);
- адвокати і судді (*Румунія*);
- психологи, філософи (*Польща*);
- психологи, репетитори, консультанти з пошуку роботи; консультанти для студентів, які мають погані результати в навчанні; няні, консультанти для іноземних студентів; помічники для людей з інвалідністю (*Німеччина*).

Українські студенти зазначали, що могли звернутися до психолога за будь-якою "гарячою лінією". Також кожен іноземний студент мав *buddy* (англ. *приятель*), який допомагав пристосуватися до нового середовища (*Хайльброннська вища школа*).

Цікавими виявились відповіді на запитання щодо спеціальних навичок і компетенцій, якими володіють педагоги в інклюзивному освітньому середовищі університету:

– вони здатні розмовляти англійською та володіють знаннями із психології (*Університет прикладних наук Новія, Фінляндія*);

– планують і вдосконалюють освітній процес; створюють ефективні умови для навчання; розуміють предмет викладання (*Університет Зетех, Кенія*);

– розвинені всесторонньо, комунікабельні; мають психологічні знання, раціональні; віддаються навчанню та роботі (*Університет Ніколае Тітулеску, Румунія*);

– вміють спілкуватися, мають гарний настрій, здатні зацікавити (*Університет Лілля, Франція*);

– демонструють гідність і повагу (*Університет Гранд-Каньйон, США*);

– вони грамотні, з одного боку, і дуже відкриті, з іншого; більшість викладачів завжди цікавляться думками студентів, раді бути корисними, особливо тим, хто виявляє інтерес до їхніх предметів (*Кельнський університет, Німеччина*);

– деякі викладачі мають великий реальний досвід, яким вони можуть поділитися зі студентами; також деякі з них працюють одночасно в топ-компаніях (*Варшавська політехніка, Польща*).

На запитання, чи існують перешкоди, які заважають повній інклюзії в університеті, українські студенти в зарубіжних університетах відповіли негативно. Натомість вони вказали на головні умови, які мають забезпечити впровадження політики і

практики інклюзивного освітнього середовища в українських університетах:

1) створення фізичного простору доступності:

- забезпечення відповідної архітектури для студентів із фізіологічними обмеженнями в навчальних закладах і гуртожитках (пандуси, ліфти);
- обладнання аудиторій новітніми технологіями;
- наявність матеріально-технічної бази не тільки для студентів з інвалідністю, але й педагогів/професорів/лекторів з інвалідністю;

2) спеціальна підготовка чи перепідготовка вчителів і викладачів вищої школи:

- в Україні велика проблема з викладачами, їхнім позиціонуванням; їх ніколи не цікавить стан учня, його цінності та потреби;
- у нас дуже "совкові" викладачі, що зачитують лекції із власного підручника, і все, що ти не зрозумів, – твої проблеми, а сучасні технології для них – то взагалі "темний ліс";
- треба передусім створити спеціальну програму підготовки фахівців, учителів, які будуть працювати з дітьми з інвалідністю;

3) зміна суспільного ставлення до проблем людей з інвалідністю:

- привчати звичайних людей до толерантного і шанобливого ставлення до людей, що мають проблеми;
- соціальна реклама і включення психологів / соціальних реабілітологів / педагогів у кожну необхідну державну структуру або інстанцію;
- створення громадських організацій, що займатимуться цією тематикою (фандрайзинг, пошук волонтерів і зацікавлених осіб).

Одна зі студенток виказала власну рефлексію: "Я помітила, що в нас ставлення до іноземних студентів зовсім інше; вони ніби *не включені до студентського життя*; хотілося б, щоб для них також проводилися цікаві заходи, де б вони могли спілкуватися з нашими студентами, стати членами цікавих студентських клубів, спробувати себе у студентській раді тощо".

Іноземні студенти вказали, що для створення досконалого інклюзивного середовища в їхніх університетах важливим є:

- усунення високих податків на освіту (*Іспанія*);
- навчання співчуття студентам і пристосування викладачів до сучасних технологій (*Кенія*);
- усунення опору змінам і "комуністичного мислення" (*Румунія*);
- отримання досвіду роботи з важкими та глибокими вадами розвитку (*Польща*) тощо.

Узагальнюючи відповіді сучасних студентів з різних континентів, можна зробити висновок, що інклюзивне освітнє середовище університету – це насамперед: а) фізичне середовище, яке має бути доступним для кожного суб'єкта освітнього процесу; б) психологічне середовище, у якому є підтримка, довіра, участь, вибір, можливості для саморозкриття; в) організаційне середовище, яке вирізняється зрозумілим, чітким, орієнтованим на потреби студентів менеджментом; г) дидактичне середовище, яке великою мірою залежить від рівня і ступеню розвитку професійних компетенцій і навичок викладачів, а також розвиненого онлайн-технологічного забезпечення.

Фактично ці відповіді кореспондують із тими засадничими поглядами на інклюзію, які почали активно впроваджуватись у 90-ті роки ХХ століття. Інклюзія – це засіб забезпечення рівних можливостей для отримання освіти. ЮНЕСКО притримується позиції, що не лише діти з інвалідністю, але й дорослі люди повинні мати можливість отримати якісну освіту і розвивати свій особистісний потенціал незалежно від статі, матеріальних статків, віку, географічного розташування, етнічної та конфесійної належності й обмежень фізичного характеру.

Список використаних джерел

1. Seale J. Approaches to Developing Accessible Learning Experiences. Conceptualising best Practice / J. Seale. – Routledge, 2013.
2. Adams M. Towards Inclusive Learning in Higher Education: Developing Curricula for Disabled Students / M. Adams, S. Brown. – Routledge, 2006.

3. Саламанская декларация. Рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями, принятые Всемирной конференцией по образованию лиц с особыми потребностями: доступ и качество. – Саламанка, Испания, 7-10 июня 1994 г. – К., 2000.
4. Статут вищого навчального закладу "Відкритий міжнародний університет розвитку людини "Україна" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://uu.edu.ua/upload/universitet/normativni_documenti/Osnovni_oficiyni_doc_UU/Yuridichni_doc_UU/Statut_2014.pdf
5. Кольченко К. О. Концептуальні підходи до впровадження інклюзивної освіти у вищих навчальних закладах [Електронний ресурс] / К. О. Кольченко, Г. Ф. Нікуліна // Актуальні проблеми навчання та виховання : зб. наук. праць. – 2013. – № 10(12). – Режим доступу : [<http://ap.uu.edu.ua/contents/12>]
6. Тимкова В. А. Інклюзивне освітнє середовище у вищій школі України : зб. наук. праць Хмельниц. ін-ту соціал. технологій УН-ту "Україна" / В. А. Тимкова. – 2020. – № (1) 15. – С. 99–101.
7. Martin M. External Quality Assurance in Higher Education: Making Choices. Fundamentals of Educational Planning 85. International Institute for Educational Planning (IIEP) UNESCO. 7-9 rue Eugene-Delacroix, 75116 / M. Martin, A. Stella. – Paris, France, 2007.
8. Burr V. Social Constructionism / V. Burr // Psychology Press. – 2003.
9. Yuritzi G. Becerra Zamora Conceptualization and Interventions of Social Inclusion in Higher Education Institutions [Electronic resource] / G. Yuritzi. – Access mode : [<https://trepo.tuni.fi/handle/10024/102526>]
10. Выготский Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. Т. 5. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – М. : Педагогика, 1983.
11. Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах вищої освіти : Постанова Кабінету Міністрів України. – DSL 10 липня 2019 р. – № 635.
12. Social Inclusion: Context, Theory and Practice / J. M. Gidley, G. P. Hampson, L. Wheeler, E. Bereded-Samuel // The Australasian Journal of University Engagement. 2010. – Vol. 5, № 1. – P. 6–36.
13. Бут Т., Ейнскоу М. Індекс інклюзії. Розвиток навчання та участі в життєдіяльності шкіл / Т. Бут, М. Ейнскоу. – К. : Пляеди, 2015.

Розділ 6

СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ СУБ'ЄКТНОСТІ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ У ПРИЙМАЮЧІЙ ГРОМАДІ

У розділі розкриваються нормативно-правові, соціально-психологічні та індивідуально-психологічні аспекти переживання людиною ситуації вимушеної внутрішньої міграції, спричиненої розгортанням військового конфлікту. Обґрунтовується значення соціальної підтримки в процесі інтеграції внутрішньо переміщених осіб у приймаючій громаді та в їхньому активному діяльнісному освоєнні нової життєвої реальності. Феномен соціальної підтримки висвітлюється з погляду політико-правового та соціально-психологічного підходів, що дозволяє розкрити сутність соціально-підтримуючого процесу як такого, що допомагає людині оволодівати стресовою ситуацією вимушеного переселення. Соціальна підтримка розглядається як засіб зміцнення та розвитку суб'єктності особистості в ситуації вимушеного переселення. При цьому суб'єктність визначається як основоположний фактор благополуччя вимушених переселенців, який, на противагу пасивному сприйняттю ситуації вимушеної міграції, дозволяє внутрішньо переміщеним особам вибудовувати та втілювати власну життєву траєкторію в нових умовах.

Представлені результати емпіричного дослідження вказують на те, що соціальна підтримка може виступати дієвим засобом розвитку суб'єктності внутрішньо переміщених осіб, і дозволяють умовно сформулювати два варіанти сценарію її розвитку. Перший із цих сценаріїв є позитивним і завершується розвитком суб'єктності внутрішньо переміщених осіб, другий – негативний і призводить до формування "позиції жертви".

6.1. Вимушена внутрішня міграція: ситуація в Україні

У 2014 році Україна вперше за час своєї незалежності зіткнулася із ситуацією масової внутрішньої міграції. Причиною цього явища стало розгортання збройного конфлікту на сході країни, окупація частини територій Донецької та Луганської областей і анексія Автономної Республіки Крим. Мешканці вказаних територій були змушені покидати звичні місця проживання, рятуючись від прямої загрози для свого життя, здоров'я й особистої безпеки.

У 2015 році в українському законодавчому полі закріпилося поняття *внутрішньо переміщена особа* (ВПО) – громадянин

України, іноземець або особа без громадянства, яка перебуває на території України на законних підставах, має право на постійне проживання в Україні та яку змусили залишити або покинути своє місце проживання в результаті або з метою уникнення негативних наслідків збройного конфлікту, тимчасової окупації, повсюдних виявів насильства, порушень прав людини та надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру [1]. Законом України "Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб" передбачено функціонування Єдиної інформаційної бази даних про внутрішньо переміщених осіб, створеної з метою їх обліку. При цьому не викликає сумнівів факт, що офіційні дані про кількість зареєстрованих ВПО та фактична кількість осіб, які були змушені відправитися на пошуки безпечніших і кращих умов проживання, значно відрізняються, і реальні цифри є більшими за офіційні.

У 2017 році Україна зайняла перше місце у Європі та дев'яте у світі за кількістю вимушених внутрішніх мігрантів [26], а кількість офіційно зареєстрованих внутрішньо переміщених осіб у країні перетнула позначку в 1,5 млн осіб.

Із метою розв'язання державою проблеми внутрішнього переміщення громадян і його наслідків та задоволення нагальних потреб ВПО уряд України ініціював і схвалив низку законодавчих ініціатив.

У 2015 році Кабінет Міністрів України затвердив Комплексну державну програму щодо підтримки, соціальної адаптації та реінтеграції громадян України, які переселилися з її тимчасово окупованої території та районів проведення антитерористичної операції в інші регіони, на період до 2017 року [3]. Програма передбачала заходи негайного реагування, задоволення першочергових потреб і усунення негативних наслідків ситуації вимушеного переселення, сприяння соціальній адаптації вимушених переселенців на нових територіях проживання, відшкодування матеріальних, майнових і моральних збитків, створення сприятливих умов для добровільного повернення в місця попереднього проживання тощо.

Відсутність досвіду розв'язання проблем вимушеного переселення на державному рівні й обмеженість у часі для прийнят-

тя системних рішень спровокували виникнення суттєвих труднощів у реалізації Комплексної державної програми й викрили її суттєві недоліки. Подальше розгортання військового конфлікту змусило усвідомити, що швидке повернення внутрішньо переміщених осіб на попередні місця проживання видається неможливим, а інтеграція ВПО у нових громадах потребує здійснення заходів комплексної підтримки з боку держави, як для самих внутрішньо переміщених осіб, так і для приймаючих територіальних громад, і прийняття довгострокових рішень щодо внутрішнього переміщення.

У 2017 році уряд України затвердив Стратегію інтеграції внутрішньо переміщених осіб та впровадження довгострокових рішень щодо внутрішнього переміщення на період до 2020 року [4]. Стратегія врахувала необхідність впровадження довгострокових рішень, спрямованих на захист прав та соціальну підтримку ВПО, необхідність посилення заходів, визначених Комплексною державною програмою щодо підтримки, соціальної адаптації та реінтеграції громадян України, які переселилися з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції в інші регіони України, на період до 2017 року. Напрями Стратегії узгоджуються з напрямками Державної цільової програми відновлення та розбудови миру в східних регіонах України, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31 серпня 2016 року [2], і включають:

- забезпечення права на житло;
- пенсійне та соціальне забезпечення, захист права власності;
- забезпечення доступу ВПО до засобів існування;
- реалізацію прав на освіту та медичне обслуговування;
- соціально-економічну підтримку для приймаючих громад.

Основним результатом упровадження Стратегії вбачається досягнення уніфікованого рівня реалізації прав внутрішньо переміщених осіб, який дозволяє їм реалізовувати свої права на рівні з іншими громадянами і за якого внутрішньо переміщені особи більше не потребуватимуть специфічної допомоги та заходів із захисту у зв'язку з їх переміщенням. Подібне трактування результату інтеграції ВПО фактично збігається з позицією Рамкової програми Міжвідомчого постійного комітету з пошуку

довгострокових рішень в інтересах внутрішньо переміщених осіб, де зазначається, що довгострокове рішення вважається успішним, коли люди припиняють сприйматися як ВПО, оскільки вони "більше не потребують особливої допомоги, не мають потреб у захисті, пов'язаних із їхнім переміщенням, та можуть користуватися правами людини без дискримінації, що є наслідком їхнього переміщення" [21].

Незважаючи на слушність задекларованих у Стратегії підходів та перспектив для розв'язання проблем внутрішньо переміщених осіб, вони не знайшли достатнього відображення в реальних діях відповідальних відомств та міністерств і не були належним чином реалізовані. Термін дії Стратегії добігає кінця, проте недостатнє фінансування, проблеми міжвідомчої координації та спроба оптимізації діяльності Міністерства з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб, що у 2019 році зумовила його об'єднання з Міністерством у справах ветеранів України, а у 2020 році – поновлення його роботи як самостійного органу виконавчої влади та перейменування у Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України, дають підстави стверджувати, що питання інтеграції внутрішньо переміщених осіб залишається відкритим, а державі до сьогодні не вдалося вибудувати стійку та послідовну політику щодо ВПО.

Вивчаючи соціальну інтеграцію внутрішньо переміщених осіб, українські дослідниці О. Чуйко та О. Федоренко стверджують, що соціальна інтеграція має розглядатися як активний двосторонній процес за участі внутрішньо переміщених осіб і представників приймаючої громади. Авторки наголошують, що процес соціальної інтеграції є безперервним, тому як результат доцільно розглядати не його остаточне завершення, а певний рівень інтеграції внутрішньо переміщених осіб у приймаючій громаді. Дослідження засвідчило позитивну тенденцію інтеграції ВПО у приймаючих громадах: для 60,2 % респондентів характерним був середній рівень інтеграції, а 26,9 % засвідчили високий рівень, проте для 12,9 % внутрішньо переміщених осіб інтеграція у приймаючих громадах залишається на низькому рівні [30].

Статистичні дані Звіту національної системи моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами [10] вказують на порівняно низький рівень добробуту внутрішньо переміщених осіб: 41 % ВПО оцінюють свою фінансову ситуацію як "коштів вистачає лише на харчування" або "змушені заощаджувати навіть на харчуванні". Ситуація з житлом для внутрішньо переміщених осіб також залишається незадовільною – 57 % ВПО продовжують винаймати житло в оренду, а 15 % проживають із родичами або приймаючими сім'ями.

Показник самооцінки рівня інтегрованості ВПО у приймаючі громади характеризується позитивною тенденцією для 54 % опитуваних; 34 % заявляють про часткову інтегрованість, а 7 % не відчують себе включеними у приймаючу громаду взагалі. Дані вказують, що ВПО продовжують мати міцніше відчуття приналежності до громади у своєму колишньому, ніж до громади в нинішньому місці проживання. Загалом про дуже сильне або сильне відчуття приналежності до громади в попередньому місці проживання повідомляли 36 % ВПО порівняно із 29 %, які повідомили про почуття приналежності до громади в нинішньому місці проживання. Самооцінка ВПО їхньої інтегрованості в місцеві громади найбільшою мірою корелює з почуттям довіри до місцевих жителів, із частотою, з якою вони звертаються до місцевих за допомогою в повсякденних справах, а також із відчуттям приналежності до громади в їхньому нинішньому місці проживання.

Згідно з дослідженнями О. Федоренко, відчуття включеності ВПО в життя громади перебуває у взаємозв'язку із суб'єктивною оцінкою визначеності їхнього майбутнього. Разом з тим було виявлено, що скрутне фінансове становище унеможливує довгострокове планування життєвих подій і призводить до виникнення переживань невпевненості в майбутньому, а також змушує ВПО звертатися за державною допомогою [24].

За даними офіційного вебпорталу Міністерства соціальної політики України, станом на початок листопада 2020 року до Єдиної інформаційної бази даних внесено інформацію про 1458161 внутрішньо переміщену особу з тимчасово окупованих територій Донецької і Луганської областей та Автономної Рес-

публіки Крим [19]. При цьому 80 % ВПО повідомляють, що перебувають у нинішньому місці проживання вже більше ніж три роки; 36 % внутрішньо переміщених осіб не планують повертатися в місця свого проживання до переміщення навіть після остаточного завершення військового конфлікту, а 27 % наразі складно однозначно відповісти на це запитання [10].

Указані тенденції доводять, що ухвалення довгострокових урядових рішень щодо ситуації вимушеного внутрішнього переміщення, їх невідкладна, послідовна і якісна реалізація залишаються актуальними. Для належної імплементації довгострокових рішень для ВПО необхідно оновити Стратегію з довгострокових рішень та план заходів з її реалізації на наступний п'ятирічний період (2021–2025). Важливо забезпечити належне фінансування та міжміністерську координацію, оскільки процес інтеграції вимагає цілісного урядового підходу.

Разом з тим не викликає сумнівів той факт, що успішність інтеграції внутрішньо переміщених осіб у приймаючі громади великою мірою залежить від локальних підходів до розв'язання проблем ВПО на місцевому рівні та від готовності представників громади надати підтримку та виявити дружнє ставлення до новоприбулих мешканців. Реалізація прав ВПО на рівні з місцевими жителями та розбудова довірливих стосунків добросусідської взаємодії дозволяє ВПО відчувати себе невід'ємною частиною громади, дає можливість висловити своє бачення, реалізувати таланти і потенціал, стати для громади ресурсом її розвитку та процвітання, а не пасивними споживачами соціально-економічних благ.

Таким чином, поряд із нормативно-правовою площиною забезпечення прав ВПО соціально-психологічна площина набуває виняткового значення для успішності процесу інтеграції внутрішньо переміщених осіб. Запобігання ізоляції та дискримінації ВПО актуалізує необхідність розвитку та посилення соціальної підтримки ВПО у приймаючих громадах, оскільки, на думку дослідників, така підтримка є важливим ресурсом для людей, які можуть відчувати розгубленість і самотність, потерпати від соціальної ізоляції [36, 37]. З огляду на це ми вважаємо за потрібне детальніше розглянути феномен соціальної підтримки в ситуації

вимушеної міграції та виявити його особливості в українських реаліях.

6.2. Значення соціальної підтримки в ситуації вимушеного переселення

У науковій літературі соціальна підтримка розглядається з погляду одного з двох підходів: політико-правового або соціально-психологічного. Залежно від обраного підходу відрізняються параметри, які покладені в основу соціально-підтримуючого процесу, а саме характер взаємовідносин між продуцентами та реципієнтами підтримки, зміст і форми соціальної підтримки, її спосіб отримання та якість.

Політико-правовий підхід, представлений переважно дослідниками пострадянських держав (А. Анцута, М. Бойко, Д. Ліфінцев, О. Палій, В. Скуратівський, А. Сєрих, Л. Шумна), трактує соціальну підтримку як спосіб поліпшення якості життя вразливих верств населення шляхом створення сприятливих умов для задоволення їхніх потреб. За таких умов обсяг і характер соціальної підтримки визначаються державою на законодавчому рівні й утілюються у призначенні соціальних виплат і пільг та наданні соціальних послуг окремим верствам населення. Гарантом надання соціальної підтримки виступає держава, а механізми її надання чітко регламентовані й мають послідовно втілюватися суб'єктами соціальної сфери на національному, регіональному та місцевому рівнях управління.

У рамках соціально-психологічного підходу, який висвітлюється в публікаціях зарубіжних науковців, соціальна підтримка – це активний процес взаємодії людини із соціальним оточенням, що передбачає надання реципієнту підтримки різноманітних ресурсів для розв'язання його проблем. Концептуальною особливістю другого підходу є той факт, що в основі соціально-підтримуючої взаємодії лежить особистісна активність реципієнта підтримки, він сам виступає активним творцем мережі міжособистісних стосунків, де соціальна підтримка може бути надана, і приймає рішення про її прийняття або неприйняття. Процес прийняття соціальної підтримки передбачає

впевненість у тому, що інша людина здатна виявити турботу, участь та повагу.

На відміну від політико-правового підходу, зміст соціальної підтримки в соціально-психологічному вимірі не жорстко детермінований і може значно відрізнятись з огляду на актуальні потреби реципієнта і близькість та характер його стосунків із надавачами підтримки. Зміст соціальної підтримки може втілюватися у чотирьох її типах: емоційна (демонстрація почуттів любові, близькості, турботи та прив'язаності); матеріальна (фінансова підтримка, надання речей, предметів побуду, продуктів тощо); інформаційна (надання інформації); оціночна (надання зворотного зв'язку щодо особистості, поведінки, життєвої ситуації реципієнта підтримки).

Критеріями ефективності соціальної підтримки в соціально-психологічному вимірі є її компліментарність і конгруентність. Компліментарність визначається узгодженістю змісту і частоти надання соціальної підтримки з актуальними потребами людини та її суб'єктивною значущістю на поточний момент часу. Конгруентність характеризує здатність реципієнта до прийняття підтримки залежно від його емоційного досвіду, когнітивних здатностей і ситуаційного контексту.

Розгляд феномена соціальної підтримки з погляду політико-правового та соціально-психологічного підходів дозволив нам виявити їх відмінності, які представлено в табл. 6.1.

Очевидно, що логіка політико-правового підходу продиктована розумінням ключової ролі держави в забезпеченні мінімальних соціальних гарантій населенню та сприянні достатньому рівню соціально-економічного благополуччя громадян. Такий підхід ототожнює соціальну підтримку з матеріальними, чітко вимірюваними соціально-економічними категоріями, проте значно обмежує сутність і значення соціальної підтримки в житті людини й абсолютно не враховує емоційну природу соціальних зв'язків, побудова яких є ключовою у процесі інтеграції вимушених переселенців у приймаючих громадах. Соціально-психологічний підхід до розуміння феномена соціальної підтримки зміщує фокус уваги на рівень персональних і групових соціальних контактів людини і дозволяє вимірювати задоволе-

ність якістю життя з погляду психологічного комфорту та розвиненості соціальних контактів. За таких умов соціально-психологічне благополуччя людини значно більше залежить від її безпосереднього соціального оточення та власної здатності вибудовувати сімейні, дружні, добросусідські стосунки.

Таблиця 6.1

Контекстуальні відмінності підходів до розуміння соціальної підтримки

Параметри соціальної підтримки	Політико-правовий підхід	Соціально-психологічний підхід
Продуцент підтримки	Держава через уповноважених суб'єктів соціальної сфери на національному, регіональному та місцевому рівнях	Соціальна мережа, що становить соціальне оточення (коло соціальних зв'язків) людини
Реципієнт підтримки	Чітко визначені в законодавчих актах уразливі категорії населення	Будь-яка людина, що потребує підтримки в конкретний момент часу
Зміст підтримки	Матеріальна підтримка (гроші, пільги, послуги)	Емоційна, матеріальна, інформаційна, оціночна підтримка
Спосіб отримання	Регламентований законодавством і здійснюється згідно з алгоритмом діяльності державних установ	Міжособистісні стосунки та комунікативна взаємодія
Параметри якості	Регламентовані законодавством, узагальнені, опосередковано пов'язані з індивідуальними потребами конкретної людини	Суб'єктивні, пов'язані із соціально-психологічним контекстом розуміння якості людських стосунків і актуальними потребами реципієнта

Для розгляду феномена соціальної підтримки в контексті ситуації вимушеної внутрішньої міграції саме соціально-психо-

логічний підхід набуває виняткового значення ще й тому, що в його основі лежить *стрес-буферна теорія* та *модель основного ефекту* [29]. Згідно з буферною теорією соціальна підтримка є допоміжним фактором при переживанні індивідом життєвих складнощів і джерелом збереження надії в ситуації постійного стресу. Основна гіпотеза цієї теорії засвідчує, що соціальна підтримка пом'якшує, а іноді й цілковито усуває життєві труднощі для її реципієнта.

Т. Віллс доводить, що допомога найближчого соціального оточення вагомо впливає на формування конструктивних поведінкових стратегій, спрямованих на активне оволодіння стресовими та проблемними ситуаціями [40], а С. Хобфолл акцентує увагу на тому, що соціальна підтримка є джерелом інших ресурсів, а її нестача призводить до підвищення психічної напруги та виявів неблагополуччя особистості [33].

Дослідження Г. С. Сандерс свідчать, що у стресовій ситуації своєчасна, доцільна та конгруентна соціальна підтримка може позитивно впливати на психоемоційний стан людини на різних етапах дії стресорів [37]:

- у фазі превенції, коли людина здійснює певні кроки щодо збереження й укріплення власного фізичного та психічного благополуччя;
- у фазі копінгу, коли активність людини спрямована на подолання труднощів;
- у фазі відновлення, коли спостерігається поліпшення стану людини і вона відчуває здатність повернутися до нормального соціального функціонування.
- А. Лейрейтер, Н. Бауманн виокремлюють п'ять шляхів позитивного впливу соціальних відносин і соціальної підтримки у стресових умовах [35]:
- соціальний ефект "щита" – втілюється в тому, що структура соціальних відносин сприяє редукції стресових факторів і примноженню позитивних подій, які мають здатність стабілізувати і навіть підвищувати стресостійкість людини;

- когнітивний ефект "щита" – виявляється в тому, що сприйняття соціальної підтримки редукує релевантні для стресу негативні судження про події й одночасно підвищує нерелевантні, або так звані сприятливі, оцінки навколишнього середовища, що сприяє позитивному оцінюванню об'єктивних факторів ситуації та підвищенню їх суб'єктивного значення;
- ефект *соціального приєднання*, суть якого полягає в тому, що знання про наявність близьких та їхня особиста присутність у житті людини, яка переживає високий рівень стресової напруги, позитивно впливають на емоційний стан і мають здатність нівелювати почуття страху та невпевненості, пов'язані зі стресовою ситуацією, а отже, підвищують здатність людини протистояти стресу;
- когнітивний ефект подолання проблеми – цей механізм пов'язаний із когнітивним процесом вторинного оцінювання і, відповідно, з обраними цілями та стратегіями подолання стресової ситуації; його позитивний вплив полягає в тому, що можливість звернення за порадою або залучення соціального оточення до розв'язання проблеми може якісно трансформувати уявлення про стресову ситуацію і спрямувати активність людини на подолання труднощів за допомогою когнітивних механізмів;
- ефект соціального подолання – цей шлях впливу передусім стосується отриманої підтримки, яка дозволяє людині перейти до повноцінного самостійного функціонування та закріплює переконання, що за необхідності людина зможе віднайти ресурси для подолання труднощів.

Разом з тим у роботах деяких науковців ми зустріли обґрунтування того, що соціальна підтримка містить як позитивні, так і негативні ефекти впливу на особистість. Російські дослідники Д. В. Ліфінцев та А. А. Ліфінцева [13] здійснили спробу виокремити позитивні та негативні ефекти соціальних зав'язків і соціальної підтримки. Серед позитивних зрушень, що відбуваються у фазі превенції, дослідники виокремлюють зниження почуття невпевненості та занепокоєння, задоволення соціальних

потреб, отримання позитивного прикладу, актуалізацію почуття соціальної приналежності, можливість розділити проблему з кимось. До можливих негативних виявів цієї фази відносять посилення почуття невпевненості та занепокоєння, елімінацію емоцій, отримання негативного прикладу, актуалізацію соціальної ізоляції, виникнення нових проблем.

За розгортання позитивного сценарію соціальної підтримки у фазі копінгу формуються позитивні соціальні зв'язки та закріплюється позитивне ставлення, людина отримує корисну інформацію і пряму допомогу, актуалізується почуття передбачуваності та стабільності. Негативний вплив соціальної підтримки в цей період може призводити до стигматизації, виникнення роздратування й обурення, отримання дезорієнтуючої інформації, підтримання залежної поведінки.

У період відновлення до корисних ефектів соціальної підтримки можна віднести підтримку позитивного образу життя, стимуляцію почуття впевненості та підтримку мотивації, а до шкідливих – підтримання невпевненої поведінки та домінуючу поведінку.

У табл. 6.2 представлено результати порівняльного аналізу позитивних і негативних впливів соціальної підтримки відповідно до конкретного механізму її впливу та етапу переживання стресових подій людиною.

Таблиця 6.2

Порівняльний аналіз позитивних і негативних впливів соціальної підтримки на різних етапах переживання стресу

Фаза переживання стресу	Ефект (механізм) соціальної підтримки	Позитивний вплив	Негативний вплив
Фаза превенції	Соціальний ефект "щита"	Зниження почуття невпевненості та занепокоєння; задоволення соціальних потреб; отримання позитивного прикладу; актуалізація	Посилення почуття невпевненості та занепокоєння; витіснення емоцій; отримання негативного прикладу;
	Когнітивний ефект "щита"		
	Ефект соціального приєднання		

Закінчення табл. 6.2

Фаза переживання стресу	Ефект (механізм) соціальної підтримки	Позитивний вплив	Негативний вплив
		почуття соціальної приналежності; можливість розділити проблему з кимось	соціальна ізоляція, виникнення нових проблем
Фаза копіngu	Когнітивний ефект подолання проблеми	формування дружнього ставлення без стигматизації; отримання корисної інформації, прямої допомоги; актуалізація почуття передбачуваності та стабільності; формування почуття приналежності	Стигматизація; роздратування; обурення; інформаційна дезорієнтація; підтримка залежної поведінки
	Ефект соціального приспання		
Фаза відновлення	Ефект соціального подолання	Підтримка позитивного образу життя; стимуляція почуття впевненості; підтримка мотивації	Підтримка невпевненої поведінки; домінуючий характер взаємодії; розвиток віктимності

Наведений вище порівняльний аналіз дозволяє стверджувати, що соціально-підтримуючий процес у ситуації вимушеної внутрішньої міграції має потужний позитивний вплив на самовідчуття вимушених переселенців і процес оволодіння стресовою ситуацією зміни місця проживання, проте за певних умов соціальна підтримка приховує в собі велику кількість небажаних ризиків, які можуть чинити негативний вплив на особистість і життєву ситуацію ВПО.

Український досвід роботи з вимушеними переселенцями дозволяє виокремити низку помилок у процесі надання їм соціальної підтримки, допущення яких призвело до негативних впливів:

- допомога та підтримка переважно виражалися в забезпеченні продуктами харчування, одягом, місцем тимчасового проживання, а психологічним і соціально-психологічним аспектам приділялося недостатньо уваги;
- підміна професійної психологічної допомоги масово-розважальними заходами та вислуховуванням претензій і скарг;
- поза увагою залишилися позитивні аспекти облаштування на новому місці й розвиток активної позиції під час входження в нову громаду (мотивація на пошук роботи, сталого помешкання для сім'ї тощо).

На думку деяких дослідників (Л. Гридковець, Н. Сиротич), допущені помилки призвели до того, що в багатьох переселенців сформувалася інфантильно-споживацька позиція, яка зменшила особистісну активність стосовно самостійного відповідального облаштування на новому місці й активізувала претензійну позицію щодо зовнішнього забезпечення всіх особистісних потреб [18].

Спираючись на наведені вище дані, варто зробити акцент на тому, що соціально-підтримуючий процес має супроводжуватися дотриманням принципів екологічної взаємодії, повагою до особистості реципієнта підтримки та спрямовуватися на подолання надмірної залежності особистості від соціального оточення. У протилежному випадку соціальна підтримка може викликати негативні зміни в самооцінці особистості, загострювати усвідомлення складності ситуації, глобалізувати проблеми людини, призводити до надмірної залежності особистості від інших людей. Отже, виникає необхідність розглядати соціальну підтримку в комплексі із психологічними факторами ситуації вимушеного переселення, що дозволить зробити її конструктивною та помічною для розкриття особистісного потенціалу реципієнта підтримки і набуття ним життєвої стійкості та самостійності.

6.3. Соціально-психологічний вимір вимушеної міграції: вплив вимушеного переміщення на особистість людини

Характеризуючи ситуацію вимушеного переміщення, дослідники пов'язують її з поняттями *кризи ідентичності*, або *кризи соціальної ідентичності*, адже у стресогенних умовах трансформація цінностей і уявлень про себе та інших, своє місце у світі та системі суспільних відносин набуває особливої болючості та гостроти переживань.

За визначенням К. Лай, Б. Толіашвілі [34], вимушена міграція порушує соціальну екологію людини, зумовлює депривацію, соціальне виключення, посилює ризики насильства та виникнення психологічної *пастки бідності (пастки утриманства)*, і тому актуалізує потребу в підтримці з боку соціального оточення, збереженні соціальних контактів як основоположного фактора суб'єктивного благополуччя особистості та пом'якшення стресових переживань.

Серед характерних тенденцій, що виявляються в ситуації вимушеного переміщення, дослідники виокремлюють такі:

- високий ризик психотравматизації, що обумовлюється обмеженістю часового проміжку для прийняття рішень, неможливістю фізичної, матеріальної та моральної підготовки індивіда до зміни місця проживання (Л. Корель, М. Мельнік, В. Надрага);
- виникнення кризи ідентичності, яка супроводжується порушенням цілісності та інтегрованості особистості, зумовлює значну трансформацію уявлень про світ, становлення яких триває від народження, і містить широкий діапазон образів, думок, настанов, переконань та ставлень (Т. Титаренко, Г. Солдатова);
- переживання негативних почуттів, пов'язаних із приналежністю до тієї чи іншої соціальної, професійної, етнічної, територіальної групи, що обумовлює виникнення негативної соціальної ідентичності, знецінення власної особистості (О. Вознесенська);

- переживання міжкультурного шоку (стресу акультурації), що виявляється в ускладненні міжособистісних стосунків з корінним населенням, переживанні депривації та ізоляції (Н. Нейхц, Дж. Беррі).

Зважаючи на те, що переселенці зі Сходу України фактично є мігрантами всередині власної країни, проблеми, пов'язані з переживанням культурного шоку, мали б зачіпати їх меншою мірою, проте важко заперечити той факт, що в Україні різні регіони мають свої особливості, що виявляються у дрібницях – використанні мовних висловів, одязі, дотриманні певних соціальних норм тощо. Тому цілком очевидно, що потрапляючи в соціокультурне середовище інших регіонів України, внутрішньо переміщені особи можуть переживати когнітивний, емоційний і мотиваційний дисонанс, що перешкоджатиме їхній адаптації до нових умов проживання.

Окрім того, прибуваючи у приймаючі громади, вимушені переселенці зі Сходу України нерідко зіштовхуються зі стереотипним сприйняттям себе у зв'язку зі своєю "приналежністю" до ситуації військового конфлікту на Донбасі, наслідком чого може бути неможливість повноцінної інтеграції внутрішньо переміщених осіб у життя громади та нездатність до реалізації власних соціальних потреб.

Переживання труднощів соціальної інтеграції змушує вимушених переселенців відчувати напругу та дискомфорт і на психологічному рівні. Зокрема, нестійкість соціальних зв'язків призводить до відчуття самотності, яке Л. В. Куликов називає центральним у групі факторів, пов'язаних із переживанням внутрішнього дискомфорту [12], і характеризує як таке, що обмежує варіативність поведінкових ресурсів особистості, скорочує арсенал копінг-стратегій і перешкоджає розгортанню конструктивної активності особистості, що спрямована на перетворення ситуації.

Результати наших попередніх досліджень, присвячених вивченню психосоціального благополуччя внутрішньо переміщених осіб, указують на значний ризик вияву кризових станів особистості серед ВПО [9]. Зокрема, ВПО демонструють високий рівень занепокоєності про майбутнє, вияви психологічної втоми

та розчарування в житті, тривожність і відсутність відчуття стабільності, вияви апатії та втрати сподівань на поліпшення ситуації. Вимушені переселенці зіштовхуються зі значними труднощами в побудові життєвої перспективи й освоєнні нової життєвої реальності, переживають почуття втрати життєвих сенсів.

У свою чергу, результати наступних етапів дослідження (О. Чуйко, А. Голотенко) дозволили стверджувати, що найвагомішим фактором досягнення психосоціального благополуччя для внутрішньо переміщених осіб є індивідуально-психологічний, який включає високий рівень здатності до цілепокладання, наявність життєвих смислів, позитивні стосунки з оточуючими, самоприйняття та оптимальний рівень самооцінки [25].

Досліджуючи актуальні проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні, А. Львовчіна вказує на вияви *синдрому мігранта* [14], який стає на заваді ресоціалізації й особистісному зростанню ВПО. Синдром мігранта виявляється комплексом симптомів, зокрема формуванням рентних настанов, які втілюються у постійному очікуванні допомоги та небажанні самотійно розв'язувати свої проблеми і прийманні позиції жертви, яка не дозволяє людині відчути себе суб'єктом побудови власного життєвого шляху.

До категорії суб'єктності в контексті вивчення ситуації вимушеної внутрішньої міграції звертається і О. Галян, визначаючи суб'єктність "засадничою основою забезпечення психічного та психологічного здоров'я особистості, що перебуває у вимушеній міграції" [8, с. 102–103]. На думку авторки, вимушені переселенці зіштовхуються із необхідністю перегляду, *довизначення* орієнтирів самореалізації відповідно до нової життєвої ситуації; необхідністю оцінювання своїх можливостей, здатностей та їх успішного використання у змінених умовах життєздійснення. Першочерговим завданням для самих ВПО та їхнього соціального оточення є збереження самодостатності та самоцінності кожного, хто переживає вимушені зміни, і актуалізація особистісних ресурсів, що спрямовані не тільки на адаптацію до емпіричної, соціокультурної та екзистенційної реальності, але й на саморозвиток, продуктивну самопобудову, *оновлення* свого змісту в його різноманітності.

Поняття суб'єктності розглядається в роботах радянських, російських і українських дослідників (О. Леонтьєв, С. Рубінштейн, В. Мясищев, К. Абульханова-Славська, Л. Анциферова, О. Волкова, А. Брушлінський, В. Татенко, В. Слободчиков, Г. Балл та ін.). Наближеним до поняття суб'єктності в зарубіжній психології є термін *agency*, що описує здатність людини бути *агентом* [32] (суб'єктом), тобто активно діяти, виступати рушійною силою дії.

С. Рубінштейн визначав якість суб'єкта як детермінанту здійснюваних людиною змін у світі (активність), її здатність до самостійності, самодетермінації та самовдосконалення [22].

В основі суб'єктності, за Л. Анциферовою, лежить ініціативно-творче начало. Самостійна особистість як суб'єкт "творить" себе, вибудовуючи простір власного життя, унікальний життєвий світ, ставить цілі й намічає життєві плани, обирає стратегії життя, створює умови для саморозвитку, протистоїть тиску несприятливих соціальних і культурних чинників [5].

Найбільше узагальнює і водночас чітко презентує особистість як суб'єкта визначення суб'єктності, запропоноване А. Брушлінським. На його думку, суб'єктність – це здатність реалізовувати поставлені цілі, управляти, контролювати й оцінювати процес і результат своїх дій, тобто становлення суб'єкта – це процес освоєння індивідом смислу, цілей, завдань і способів перетворення оточуючого світу й самого себе [6].

Загалом проблема суб'єктності в сучасних дослідженнях пов'язується із розумінням людини як активного діяча. У широкому контексті суб'єкт розглядається як творець власного життя, розпорядник психологічних, соціальних і матеріальних ресурсів, здатний перетворювати обставини об'єктивної дійсності з огляду на власне ставлення до них та їх оцінювання, ставити цілі та самостійно визначати стратегії їх досягнення, контролювати хід і результати своєї діяльності, змінювати її прийоми.

Грунтуючись на цьому узагальненні та наявних наукових даних щодо особливостей соціально-психологічних переживань людиною ситуації вимушеного внутрішнього переселення, ми вважаємо цілком логічним стверджувати, що саме розвиток і зміцнення суб'єктності особистості є основоположним

фактором її благополуччя, успішної інтеграції та творчого освоєння нових життєвих реалій. Згідно з гіпотезою нашого дослідження дієвим засобом розвитку суб'єктності особистості в ситуації вимушеного переселення може стати надання їй соціальної підтримки з боку оточуючих, адже соціальна підтримка дозволяє знизити вплив стресорів у ситуації вимушеного переселення, надає людині необхідні ресурси для оволодіння ситуацією і, відповідно, може стати хорошим базисом для набуття нею самостійності, розвитку особистісної активності й орієнтації на діяльнісне перетворення власної життєвої ситуації для її поліпшення.

Перевірити цю гіпотезу ми спробували в рамках емпіричного дослідження, присвяченого вивченню феномена соціальної підтримки як засобу розвитку суб'єктності особистості в контексті ситуації вимушеного переселення, про результати якого йтиметься далі.

6.4. Соціальна підтримка як засіб розвитку суб'єктності внутрішньо переміщених осіб: результати емпіричного дослідження

У дослідженні взяли участь 220 осіб – вимушених переселенців, які прибули з території Донецької та Луганської областей України. Базою для проведення дослідження стали державні та громадські організації, які працюють із внутрішньо переміщеними особами.

Дослідження феномена соціальної підтримки як засобу розвитку суб'єктності особистості в контексті ситуації вимушеного переселення проводилося з використанням такого діагностичного інструментарію: опитувальник "Шкала психологічного благополуччя" К. Ріфф (в адаптації Т. П. Фесенко та Т. Д. Шевеленкової); опитувальник способів копінг-поведінки, розроблений Р. Лазарусом та С. Фолкманом (в адаптації Т. Крюкової, О. Куфтяк та М. Замишляєвої); опитувальник "Перелік оцінок міжособистісної підтримки", розроблений С. Цохен та Х. М. Холберман (в адаптації А. Холмогорової); опитувальник "Втрата та

надбання персональних ресурсів", розроблений Н. Водоп'яною та М. Штейн на основі ресурсної концепції С. Хобфолла.

Статистична обробка даних здійснювалася методами первинних описових статистик і кореляційного аналізу за критерієм Пірсона за допомогою програмного пакету SPSS 20.0.

Узагальнення результатів, отриманих за опитувальником "Шкала психологічного благополуччя" К. Ріфф (табл. 6.3), дозволяє стверджувати, що індивідуально-психологічні характеристики респондентів, які вимірювалися в межах методики, переважно перебувають на рівні середніх значень. Разом з тим за результатами дослідження спостерігається стійка тенденція у виявах значної частки низьких значень, зокрема рівень низьких показників за кожною шкалою методики представлений у амплітуді від 40 до 25 %. При цьому високий рівень виявів досліджуваних показників не перевищує 15 % (за виключенням виявів позитивної самооцінки для 17,9 % досліджуваних).

Інтерпретація числових показників описаних вище тенденцій дає підстави констатувати, що близько третини внутрішньо переміщених осіб стикаються із труднощами при побудові майбутніх життєвих перспектив і освоєнні нової життєвої реальності. Досліджувані нерідко переживають почуття втрати життєвих смислів, що, у свою чергу, перешкоджає виявам особистісної активності та суб'єктності у процесі організації свого життя. Спостерігається досить високий рівень життєвих розчарувань, знецінення минулих досягнень, подій минулого загалом і зневіра у власній здатності впливати на події теперішнього, змінювати ситуацію для її поліпшення. Зниження здатності до цілісного сприйняття життєвих подій у часовому континуумі та інтеграції життєвого досвіду в систему власних поглядів і життєвих настанов поєднується з переживаннями, пов'язаними з відчуттям ізольованості та фрустрації в міжособистісних стосунках, неготовністю шукати компроміс заради збереження значущих зв'язків з оточуючими людьми, відчуженістю та страхом близьких, довірливих стосунків, потенційна втрата яких може стати черговим приводом для зневіри й розчарування.

Таблиця 6.3

**Результати дослідження за опитувальником
"Шкала психологічного благополуччя" К. Ріфф**

Назва шкали	Мода (у стенах)	Медіана (у стенах)	Рівні вияву психологічного благополуччя за кожною шкалою (у %)		
			Високий	Середній	Низький
Позитивне ставлення	5	5	0,7	58,6	40,7
Людина як відкрита система	2	2	15,7	45	39,3
Управління середовищем	3	4	1,4	60,7	37,9
Ціль у житті	6	5	7,1	58,6	34,3
Осмисленість життя	2	2	12,8	54,3	32,9
Баланс афекту	2	2	30,7	51,4	17,9
Само-прийняття	6	5	4,3	66,4	29,3
Особистісне зростання	6	5	7,9	65,7	26,4
Автономія	6	6	25,7	64,3	10
Інтегральний показник за методикою	3	5	5,7	51,4	42,9

Узагальнення результатів за методикою "Опитувальник способів копінг-поведінки" (рис. 6.1) дозволило виявити дезадаптивні тенденції у виборі стратегій подолання життєвих труднощів внутрішньо переміщеними особами. Зокрема, тенденція до дезадаптації простежується у 68,3 % респондентів ($m=61,11\%$) за шкалою "планування розв'язання проблеми"; у 63,3 % ($m=72,22\%$) – за шкалою "пошук соціальної підтримки"; у 57,7 % ($m=57,14\%$) – за шкалою "самоконтроль". Менш виражені тенденції до дезадаптації простежуються за шкалами "дис-

танцювання" (53,4 %) та "конфронтація" (50,1 %), мода числових показників напруженості копіngu за цими шкалами становить $m = 66,67 \%$ та $m = 61,11 \%$, відповідно.

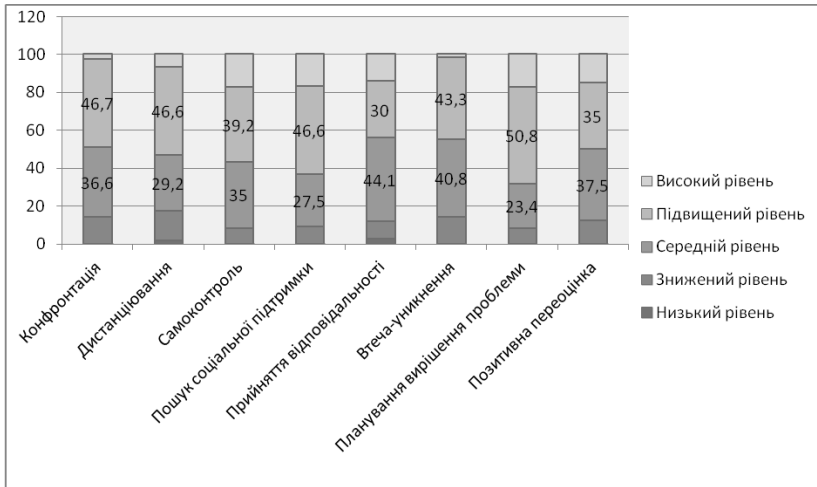


Рис. 6.1. Узагальнені результати за методикою "Опитувальник способів копінг-поведінки"

Отримані результати вказують, що виявленими характеристиками досліджуваної групи є схильність до емоційної закритості, відстороненість, недостатня гнучкість і спонтанність. Переважна більшість внутрішньо переміщених осіб відчувають труднощі у саморозкритті та нерідко обирають неадаптивні стратегії реагування на події навколишнього середовища, що виявляються у виявах ворожості, підозрілості, імпульсивній поведінці.

Поряд із цим спостерігаються високий рівень сподівань щодо надання різних видів підтримки з боку соціального оточення і зосередженість на власних проблемах, що нерідко унеможливорює залучення наявних особистих ресурсів, блокує здатність людини до переосмислення і творчого перетворення жит-

тевої реальності та підвищує ймовірність формування споживачької позиції.

Аналіз результатів за методикою "Перелік оцінок міжособистісної підтримки" показує, що найбільшого рівня задоволеності в контексті життєвої ситуації внутрішньо переміщених осіб досягають потреби у приналежності до соціального оточення та в емоційній підтримці. Відчуття приналежності до соціального оточення оцінили на середньому рівні 65 % респондентів, на високому – 30 % ($m=18$). Оцінка задоволеності потреби в емоційній підтримці з боку соціального оточення досягла середнього рівня для 65,8 % респондентів і високого – для 30 % ($m=17$ та 18). Отриманий результат, на нашу думку, зумовлений природою афективних факторів, що не передбачає розгортання конкретної предметної діяльності з боку надавачів (соціального оточення) і реципієнтів підтримки (внутрішньо переміщених осіб). Іншими словами, суб'єктивне відчуття приналежності, прийняття, уваги притаманне переселенцям, але стверджувати про повний емоційний комфорт і емоційне благополуччя не можна.

Заниженими виявились потреба у відчутті власної самооцінності (у 79,2 % – середній рівень, у 15,8 % – низький), що вказує на тенденції до негативного або критичного самоствавлення й особистісної нереалізованості; потреба в отриманні інструментальної підтримки з боку соціального оточення (75,8 % – середній рівень, 17,5 % – високий), що може вказувати як на відсутність достатньої кількості відповідних ресурсів (майнових, матеріальних, побутових, фінансових тощо) у представників приймаючої громади, так і на переважання споживачьких тенденцій щодо отримання допомоги. На це вказує й виявлений інтегральний показник соціальної підтримки (рис. 6.2.), який перебуває в межах середньої градації тестових балів у 58,3 % респондентів, що загалом свідчить про неоднозначне ставлення одержувачів допомоги до надаваної соціальної підтримки; натомість 26,7 % узагалі не задоволені її рівнем і змістом та оцінюють її на низькому рівні; 15 % схвально ставляться до рівня й обсягу допомоги з боку її надавачів.

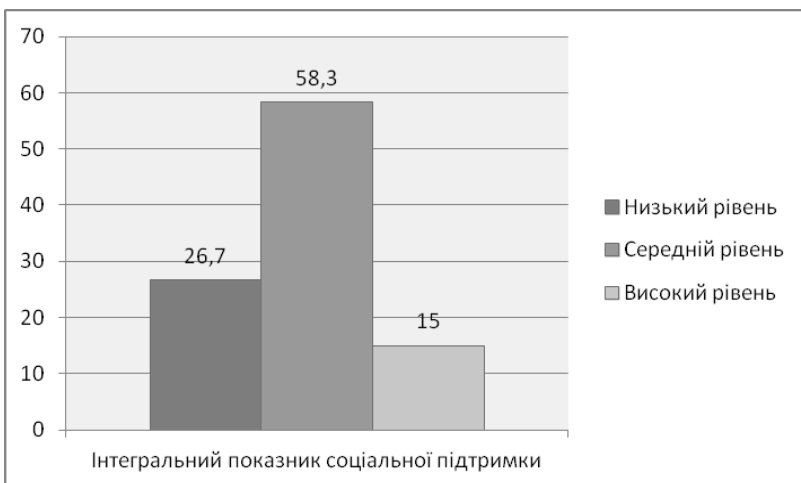


Рис. 6.2. *Результати показників за шкалою "Інтегральний показник соціальної підтримки"*

Узагальнення результатів за методикою "Втрата та надбання персональних ресурсів" (рис. 6.3) показує, що індекс персональної ресурсності переважної більшості внутрішньо переміщених осіб відповідає середньому рівню (45,8 %) та перебуває в межах допустимої норми. Разом з тим більше третини досліджуваних мають низький рівень персональних ресурсів (35 %), що може викликати появу негативного сприйняття дійсності внутрішньо переміщеними особами, призводити до погіршення соціальної ситуації життя та розвитку деструктивних станів особистості.

Дослідження виявило, що для 19,2 % респондентів переїзд став каталізатором зростання індексу ресурсності. На рівні якісних змін життєвої ситуації ця тенденція виявляється в підвищенні якості й обсягу соціальних та інтраперсональних ресурсів, які доступні для особистості.

Виявлені кореляційні зв'язки засвідчують, що наявність підтримки з боку соціального оточення є потужним засобом для розвитку суб'єктності внутрішньо переміщених осіб. Зокрема, виявлено прямий зв'язок між копінг-стратегіями "самоконтроль" ($r = 0,418$; $p \leq 0,001$), "пошук соціальної підтримки" ($r = 0,373$; $p \leq 0,001$) та шкалою "індекс ресурсності" ($r = 0,476$; $p \leq 0,01$).

Копінг-стратегія "пошук соціальної підтримки" також прямо корелює з показниками "управління середовищем" ($r=0,486$; $p \leq 0,01$) та "ціль у житті" ($r=0,452$; $p \leq 0,01$).

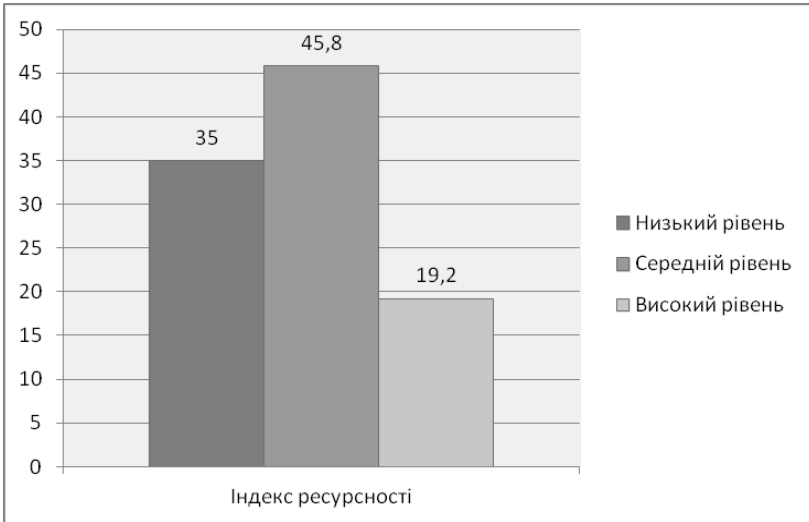


Рис. 6.3. Показник індексу ресурсності

Виявлені кореляційні зв'язки дають підстави стверджувати, що соціальна підтримка в ситуації вимушеного переселення позитивно впливає на здатність людини до самоконтролю та самодeterminації її діяльності, дозволяє впевненіше вибудовувати цілі в нових життєвих реаліях і підвищує віру людини у власну здатність чинити опір життєвим обставинам і перелаштовувати зовнішнє середовище відповідно до власних прагнень і бажань. Фактично йдеться про характеристики, які великою мірою віддзеркалюють розуміння суб'єктності людини.

Надання соціальної підтримки актуалізує компетентність ВПО в управлінні подіями зовнішнього середовища, здатність достатньою мірою контролювати свою зовнішню активність, ефективно розпоряджатися можливостями, що відкриває для них життя, створювати умови для реалізації особистих потреб і досягнення цілей. Соціальна підтримка допомагає вимушеним переселенцям повернути відчуття життєвої спрямованості,

сприйняття минулого й теперішнього життя як такого, що беззаперечно наділене сенсом, актуалізує особистісні переконання, які стають джерелом життєвих цілей і намірів на майбутнє.

Виявлені кореляційні зв'язки дозволяють засвідчити позитивний вплив соціальної підтримки на процеси розвитку суб'єктності внутрішньо переміщених осіб, проте деякі з результатів дослідження вказують і на можливі ризики та негативні тенденції.

Зокрема, виражений взаємозв'язок між копінг-стратегією конфронтації та інтегральним показником соціальної підтримки ($r = 0,901$; $p \leq 0,001$) указує на те, що особи, які мають схильність до активного використання соціальної підтримки у процесі освоєння нової життєвої ситуації, характеризуються високим рівнем емоційної імпульсивності, непостійністю дій і вчинків, демонстративною ворожістю. У сукупності зазначені характеристики можуть створювати образ "жертви обставин" і схилити оточуючих до посилення виявів соціальної підтримки. Варто зазначити, що за таких умов існує реальна загроза переходу соціально-підтримуючого процесу в деструктивне русло і, як наслідок, формування пасивної особистісної позиції в реципієнтів підтримки, відсутність зорієнтованості на самостійне функціонування, особистісне зростання й розвиток.

Стійке прагнення до постійного отримування підтримки з боку соціального оточення фактично може свідчити про нездатність досліджуваної категорії осіб спрямовувати свою діяльність і наявні ресурси на розв'язання проблеми, бажання отримати вигоду від власного статусу та розв'язати власні проблеми за рахунок інших. Підтверджують це припущення прямі кореляційні зв'язки між показниками шкали "інструментальна підтримка" та копінг-стратегією "пошук соціальної підтримки" ($r = 0,621$; $p \leq 0,001$), а також між шкалою "інтегральний показник соціальної підтримки" та копінг-стратегією "пошук соціальної підтримки" ($r = 0,523$; $p \leq 0,001$) і обернений зв'язок між показниками "пошук соціальної підтримки" та показником "осмисленість життя" ($r = -0,392$; $p \leq 0,001$).

На важливість особистісного залучення у процес самоорганізації та самодопомоги реципієнта соціальної підтримки вказує і

виявлений кореляційний зв'язок між фактором "індекс ресурсності" та копінг-стратегіями "самоконтроль" ($r=0,413$; $p \leq 0,001$) і "прийняття відповідальності" ($r=0,455$; $p \leq 0,001$). Указаний взаємозв'язок підтверджує провідну роль особистісної активності внутрішньо переміщених осіб та їхньої здатності до самокерованої діяльності у процесі подолання негативних впливів, спричинених ситуацією вимушеної міграції.

Результати дослідження дозволяють нам умовно сформулювати два варіанти сценарію розвитку суб'єктності внутрішньо переміщених осіб за допомогою отримання ними соціальної підтримки оточуючих. Перший із цих сценаріїв позитивний і завершується розвитком суб'єктності ВПО, другий – негативний і призводить до формування "позиції жертви" (рис. 6.4).

Характер взаємозв'язків, виявлених у результаті емпіричного дослідження, дозволяє стверджувати, що обов'язковою умовою розгортання позитивного сценарію, за якого соціальна підтримка стає каталізатором розвитку суб'єктності ВПО та набуття ними самостійності, є цілепокладання, здатність до самоконтролю, прийняття відповідальності за події власного життя та віра у власну спроможність змінити ситуацію на краще. За таких умов соціальна підтримка стає тим поштовхом і потужним фактором, який допомагає вимушеним переселенцям справитися зі стресовою ситуацією переміщення та вибудувати власну траєкторію життєвого шляху в нових умовах.

Особливістю другого, негативного сценарію є те, що соціальна підтримка стає центральним фактором, який забезпечує життєдіяльність ВПО, а сама людина – пасивним споживачем цієї підтримки, уникає прийняття відповідальності, свідомо чи підсвідомо знижує власну особистісну активність, спрямовану на оволодіння ситуацією, займає захисну апатичну позицію та фактично відмовляється бути суб'єктом власного життя.

Результати дослідження доводять, що соціальна підтримка може стати дієвим засобом розвитку суб'єктності внутрішньо переміщених осіб, проте з метою уникнення розгортання негативного сценарію, який призводить до пропорційно зворотного розвитку "позиції жертви" серед ВПО, її надання має бути еко-

логічним, системним і зберігати баланс суб'єкт-суб'єктних стосунків у взаємодії її продуцента та реципієнта.

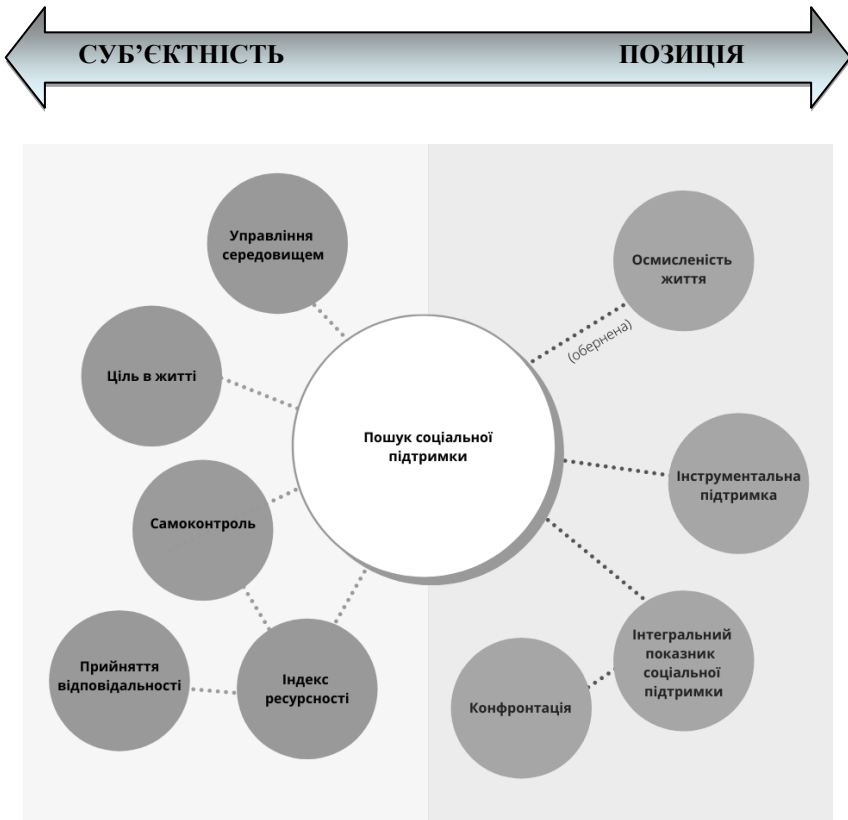


Рис. 6.4. Емпірична модель взаємозв'язку соціальної підтримки внутрішньо переміщених осіб і показників набуття ними суб'єктності або поведінкової моделі "позиції жертви"

Надання соціальної підтримки має стати гармонійною частиною системи психосоціального супроводу ВПО, у якій за потреби можуть бути застосовані інші технології роботи із ситуацією вимушеного внутрішнього переселення, спрямовані на наснаження людини бути активним суб'єктом власного бут-

тя (імпаурмент), формування мотивації до діяльнісного освоєння нової життєвої реальності, побудову нових життєвих перспектив, постановку цілей і віднаходження життєвих смислів.

Список використаних джерел

1. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб : Закон України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text>
2. Про затвердження Державної цільової програми відновлення та розбудови миру в східних регіонах України : Постанова Кабінету Міністрів України від 13 грудня 2017 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1071-2017-%D0%BF#Text>
3. Про затвердження Комплексної державної програми щодо підтримки, соціальної адаптації та реінтеграції громадян України, які переселилися з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції в інші регіони України, на період до 2017 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2015 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1094-2015-%D0%BF#n10>
4. Про схвалення Стратегії інтеграції внутрішньо переміщених осіб та впровадження довгострокових рішень щодо внутрішнього переміщення на період до 2020 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/909-2017-%D1%80#Text>
5. Анцыферова Л. И. Психологическое содержание феномена "субъект" и границы субъектно-деятельностного подхода / Л. И. Анцыферова // Проблема субъекта в психологической науке; под. ред. А. В. Брушлинского, М. И. Воловиковой, В. Н. Дружинина. – М.: Акад. проект, 2000. – С. 27–42.
6. Брушлинский А. В. Психология субъекта / А. В. Брушлинский. – СПб.: Алетейя, 2003.
7. Вознесеньська О. Л. Ресурси арт-терапії на допомогу вимушеним переселенцям : практ. посіб. / О. Л. Вознесеньська. – К.: Human Rights Foundation, 2015.
8. Галян О. Самосуб'єктність як детермінанта психічного та психологічного здоров'я особистості в умовах вимушеної міграції / О. Галян // Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві : зб. тез II Всеукр. наук.-практ. конф. – Л.: Львів. держ. ун-т внутрішніх справ, 2017. – С. 98–103.

9. Голотенко А. А. Особливості психосоціального благополуччя внутрішньо переміщених осіб / А. А. Голотенко // Вісн. Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка. Соціальна робота. – 2018. – Вип. 1(3). – С. 6–9.
10. Звіт національної системи моніторингу ситуації з внутрішньо переміщеними особами. – Вересень 2019.
11. Корель Л. В. Социология адаптации: вопросы теории, методологии и методики / Л. В. Корель. – Новосибирск : Наука, 2005.
12. Куликов Л. В. Детерминанты удовлетворенности жизнью / Л. В. Куликов // Общество и политика ; под ред. В. Ю. Большакова. – СПб., 2000. – С. 476–510.
13. Лифинцев Д. В. Концепция социальной поддержки: позитивные и негативные эффекты социальных связей в контексте субъективного благополучия человека / Д. В. Лифинцев, А. А. Лифинцева // Вестн. Балтийск. федерал. ун-та им. И. Канта. – 2011. – Вып. 11. – С. 74–80.
14. Львовочкіна А. Волонтерська діяльність як засіб формування соціальної активності переселенців / А. Львовочкіна // Вісн. Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка. Соціальна робота. – 2018. – Вип. 4. – С. 13–16.
15. Мельник М. А. Сучасні проблеми реалізації трудового потенціалу вимушених переселенців / М. А. Мельник // Вісн. Донецьк. нац. ун-ту. Сер. В: Економіка і право. – 2015. – Вип. 1. – С. 245–248.
16. Надрага В. І. Проблеми вимушеної внутрішньої міграції населення в контексті концепції "суспільства ризику" / В. І. Надрага // Укр. соціум. – 2015. – № 1 (52). – С. 134–141.
17. Нейхц Н. П. Роль религии в процессе социально-психологической адаптации мигрантов (на примере православия в период колонизации Сибири) : дис. ... канд. филос. наук / Н. П. Нейхц. – М., 2006.
18. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. / за загальн. ред. Л. Гридковець. – К., 2018. – Т. 3. – С. 10.
19. Дані про кількість внутрішньо переміщених осіб в Україні // Офіційний веб-портал Міністерства соціальної політики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.msp.gov.ua/news/19229.html> (дата звернення : 09.11.2020).
20. Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности / под. ред. Г. У. Солдатовой. – М. : Смысл, 2002.
21. Рамкова програма Міжвідомчого постійного комітету з пошуку довгострокових рішень в інтересах внутрішньо переміщених осіб [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://www.unhcr.org/ua/wp-content/uploads/sites/38/2019/11/NRC_ramkova_program-PRINT-UNHCR.pdf
22. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – 2-е изд. – М. : Педагогика, 1976.
23. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : метод. рекомендації.

- ндації / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соціал. та політ. психол. ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017.
24. Федоренко О. Соціодемографічні детермінанти соціальної інтеграції внутрішньо переміщених осіб / О. Федоренко // Вісн. Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка. Соціальна робота. – 2020. – Т. 1, № 6. – С. 18–22. – doi: 10.17721/2616-7786.2020/6-1/4
 25. Чуйко Е. В. Модель психосоціального благополуччя внутрішньо переміщених осіб в Україні. Філософія і соціальні науки в сучасному світі : матер. міжнарод. науч. конф. к 30-літтю фак. філософії і соц. наук Білорус. гос. ун-та, Мінськ, 26-27 верес. 2019 р. / Е. В. Чуйко, А. А. Голотенко ; редкол. : В. Ф. Гігін (пред.) і др. – Мінськ : БГУ, 2019. – С. 613–617.
 26. Atlantic Council Dinu Patriciu Eurasia Center. Ukraine's Internally Displaced Persons Hold a Key to Peace. Issue Brief, October 2017 [Electronic resource]. – Access mode : https://www.atlanticcouncil.org/wpcontent/uploads/2015/05/Ukraines_Internally_Displaced_Persons_Hold_a_Key_to_Peace_web_1003.pdf
 27. Berry J. W. Immigration, Acculturation and Adaptation / J. W. Berry // *Applied Psychology*. – 1997. – Vol. 46 (1). – P. 5–68.
 28. Burleson B. R. Comforting as social support: Relational consequences of supportive behaviors / B. R. Burleson ; In S. Duck (Ed.) // *Personal relationships and social support*. – London : Sage, 1990. – P. 66–82.
 29. Carstensen L. L. Socioemotional and selectivity theory: Social activity in life-span context / L. L. Carstensen // *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. – 1991. – № 11. – P. 195–217.
 30. Chuiko O. Levels of Social Integration of Internally Displaced Persons in the Host Community. Regional Formation and Development Studies / O. Chuiko, O. Fedorenko. – 2020. – P. 31. – doi: 10.15181/rfds.v31i2.2093.
 31. Goldsmith D. Managing conflicting goals in supportive interaction: An integrative theoretical framework / D. Goldsmith // *Communication Research*. – 1992. – P. 264–286. – doi: 10.1177/009365092019002007.
 30. Harre R. Social being / R. Harre. – Oxford : Blackwell, 1979. – P. 246.
 31. Hobfoll S. E. Resource conservation as a strategy for community psychology / S. E. Hobfoll, R. S. Lilly // *Journal of Community Psychology*. – 1993. – № 21. – P. 128–148.
 32. Lai K. Community-based Programme for War-affected Children: the Case of Georgia / K. Lai, B. Toliashvili // *Social Work and Social Policy in Transition*. – 2010. – Vol. 1, Issue 2. – P. 92–118.
 33. Leireiter A. Network structures and support functions. – Theoretical and empirical analyses / A. Leireiter, U. Baumann ; In: H. O. F. Veiel, U. Baumann (Eds.) // *The meaning and measurement of social support*. – Washington DC : Hemisphere, 1992. – P. 33–35.

34. O'Rourke H. M. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults : A scoping review [Electronic resource] / H. M. O'Rourke, L. Collins, S. Sidani // BMC Geriatrics. – 2018. – 18(1). – P. 214. – Access mode : <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0897-x>.
35. Sanders G. S. Social Psychology of Health and Illness / G. S. Sanders. – Routledge, 1989.
36. Schwarzer R. Social support and health: A theoretical and empirical overview / R. Schwarzer, A. Leppin // Journal of Social and Personal Relationships. – 1992. – P. 99–127.
37. The buffering effect of social support on the relationship between discrimination and psychological distress among church-going African-American adults [Electronic resource] / M. N. Steers, T. A. Chen, J. Neisler et al. // Behaviour Research and Therapy. – 2019. – P. 115, 121–128. – Access mode : <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.008>.
38. Wills T. A. Measuring perceived and received social support. Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists / T. A. Wills, O. Shinar ; S. Cohen, L. G. Underwood, B. H. Gottlieb (ed.). – New York : Oxford University Press, 2015. – P. 86–135. – doi: 10.1093/med:psych/9780195126709.001.0001.

Розділ 7

УНІВЕРСАЛЬНИЙ ДИЗАЙН ТА ІНКЛЮЗИВНІСТЬ У МІСЬКОМУ ПРОСТОРІ

У розділі обґрунтовується актуальність упровадження універсального дизайну в міський простір. Показано тенденції та виклики, з якими зіштовхуються сучасні населені пункти; вимоги, що їх висувають мешканці до середовища та простору, які їх оточують. Розглянуто поняття універсального дизайну, його принципи та історію виникнення.

Детально досліджено складові універсального дизайну та їхню значущість. Висвітлено ключове нормативно-правове регулювання впровадження універсального дизайну та інклюзивності в міський простір, вплив середовища на якість життя людини.

Міжнародний досвід імплементації універсального дизайну та інклюзивності в міський простір, позитивні результати цього процесу підтверджують вагомую роль інклюзивності й універсального дизайну як факторів розвитку соціальної стабільності громад.

7.1. Чи існує урбаністичний дизайн в Україні?

Упровадження універсального дизайну та інклюзивності в міському просторі набуває все більшої актуальності в сучасному світі. Ключовими причинами цьому є такі світові тенденції: урбанізація, старіння нації, збільшення кількості людей з інвалідністю.

За даними Світового банку, близько 55 % світового населення – 4,2 млрд осіб – проживають у містах. Очікується, що ця тенденція збережеться в найближчі десятиріччя. До 2050 року міське населення більше ніж удвічі збільшить теперішню кількість, біля 7 з 10 осіб у світі проживатимуть у містах. Однак швидкість і масштаби урбанізації викликають проблеми, включно із задоволенням попиту на доступне житло, розвинену транспортну системи та іншу інфраструктуру, основні послуги, робочі місця тощо.

У 2019 році ООН опублікувала звіт щодо перспектив світового населення. Згідно з ним до 2050 року кожен шостий житель Землі буде старшим за 65 років (16 %), що перевищить показник 2019 року (кожен одинадцятий, 9 %). До 2050 року кожна чет-

верта особа, яка проживає у Європі та Північній Америці, може мати вік від 65 років. У 2018 році вперше в історії кількість осіб у віці 65 років і більше перевищила кількість дітей віком до п'яти років у всьому світі. Утричі прогнозується зростання кількості осіб віком від 80 років – зі 143 млн у 2019 році до 426 млн осіб у 2050 році. Старіння нації, а також урбанізація формують нові виклики до дизайну міського простору.

Зазначена урбаністична ситуація характерна і для України. За прогнозом Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, у 2030 році на двох осіб працездатного віку припадатиме одна особа непрацездатного віку [11]. Як наслідок, формується специфічний сегмент населення, на потреби й запити якого потрібно орієнтуватися. Одним з методів орієнтації на потреби всіх категорій населення є впровадження концепції універсального дизайну та інклюзивності.

Інвалідність може виникнути в будь-якої людини на будь-якому етапі її життя. Згідно з оцінками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), нині на Землі в однієї з 10 осіб є одне або кілька функціональних порушень, які стають причиною інвалідності. Передбачається, що масштаби поширення різних видів і ступенів інвалідності серед населення також зростуть. За даними спеціалістів ВООЗ, 35 % осіб віком від 60 років відчувають стійкі функціональні порушення. У віці 70 років цей показник зростає до 50 %. У віці 80 років 100 % осіб мають стійкі функціональні порушення, які перешкоджають цим людям здійснювати звичайні соціальні функції на рівні з іншими. А якщо брати до уваги сім'ї, у яких є члени родини з інвалідністю, то очевидно, що потерпає від проблем, пов'язаних із обмеженнями, значно більше населення [4].

Соціально-економічна та демографічна ситуація в Україні також актуалізує необхідність упровадження універсального дизайну та інклюзивності в міський простір і має такі ознаки:

- зростання кількості осіб з інвалідністю (2,6 млн людей, або 6 % від населення України);
- тенденція до старіння нації та необхідність урахувати потреби людей похилого віку (9,4 млн осіб старше 60 років, або 22 % від населення України);

- збільшення кількості батьків з дитячими візками та дітей дошкільного віку, вагітних жінок (4 % населення України);
- наявність усвідомлення суспільством значущості доступного середовища, відповідності середовища до потреб громадян.

Тривалий час навколишнє архітектурне середовище створювалося, базуючись на припущенні про середню, нормотипову людину. У минулому проблема доступності розглядалася як результат індивідуального відхилення від "норми". Людина, яка потребувала особливих умов доступності, була "винятком", а отже, "проблемною". Відповідно до цього підходу найбільш поширеною відповіддю на потребу у створенні доступності було облаштування спеціальними допоміжними об'єктами в інфраструктурі простору (пандус, широкі двері тощо). Однак такий підхід підтверджує думку, що маломобільні категорії населення є виключенням із правил і стигматизують їх, змушуючи використовувати, наприклад, окремий вхід, який часто розташований з іншого боку будівлі. Також часто ці модифікації є доповненнями, наступними кроками, а не результатом запланованого дизайну [18].

Дизайн міст є рукотворним і має здійснюватися з урахуванням людського різноманіття та життєвого циклу людини.

Урбаністичний дизайн в Україні переважно залишається на рівні пострадянських стандартів, коли все проєктувалося для використання "більшістю". Специфічні потреби й унікальність інших користувачів не враховувалися, адаптація середовища до потреб людей з інвалідністю, сімей з дітьми раннього віку, людей похилого віку не відбувалася. Однак важливо усвідомлювати, що:

- архітектурні перешкоди та бар'єри позбавляють багатьох людей можливості брати активну участь у житті громади – це неприйнятна та штучно створена форма соціальної ізоляції [18];
- новий інтегрований підхід до універсального дизайну та інклюзивності має на меті повною мірою задовольнити потреби кожного. Кожна людина має право потрапити та використовувати будь-яку частину створеного середовища

максимально самостійно і природно. Критерії нормальності мають бути розширені та гарантувати, що створення навколишнього середовища базується на принципах універсального дизайну та інклюзивності [18];

- потрібно забезпечити нове усвідомлення дизайну та будівництва, яке буде базуватися на принципах універсального дизайну: рівність, доступність, гнучкість, простота та інтуїтивність використання; доступно викладена інформація; терпимість до помилок; малі фізичні зусилля; наявність необхідного розміру, місця, простору [12].

Одним з підходів до побудови стійкого розвитку міст є впровадження універсального дизайну, що дає можливість створити місто, комфортне для всіх його мешканців, поважаючи людську різноманітність, унікальність, опираючись на інновації та будуючи партнерську взаємодію між державними структурами, об'єднаннями громадян і бізнесом.

7.2. Поняття та історія універсального дизайну

Розвиток теорії універсального дизайну бере початок із середини XX століття, коли в західних державах відбувалися зміни настанов, цінностей та поглядів і значна увага почала приділятися правам людини, повазі до її гідності. Для прикладу, у 1961 році Американський національний інститут стандартів опублікував свій перший стандарт доступного дизайну.

У 1964 році у США було прийнято закон про громадянські права, що прагнув припинити сегрегацію на основі раси, кольору шкіри, релігії, статі чи національного походження і забороняв дискримінацію цих груп населення. Активісти з інвалідністю почали вимагати включення їх до груп населення, щодо яких заборонена дискримінація. У той самий період також були створені активні адвокатські кампанії, що займалися захистом прав дітей з інвалідністю на навчання у загальноосвітніх школах.

У 1973 році у США було прийнято доповнення до закону про реабілітацію, що передбачав створення архітектурної доступності. У 1975 році вийшов закон про освіту дітей з інвалідністю (згодом замінений на Закон "Про освіту осіб з інвалідністю").

Однак ці нормативно-правові акти не стали рушійним фактором у впровадженні універсального дизайну в міський простір. Організації, що сприяли захисту прав людей з інвалідністю у США, об'єдналися та вимагали впровадження архітектурної доступності. Результатом багаторічної боротьби став закон про американців з інвалідністю (ADA), прийнятий у 1990 році, який заборонив дискримінацію за фактом інвалідності та визначив, що якщо будівлі недоступні, то вони перешкоджають людям брати участь у житті громади, тому побудоване (створене) середовище може бути однією з форм дискримінації.

Термін *універсальний дизайн* був запропонований архітектором Рональдом Мейсом і визначений як *принцип дизайну місць, речей, інформації, повідомлень і політики, який дозволяє скористатися ними найбільш широкому колу людей у найрізноманітніших ситуаціях і не передбачає створення окремих або спеціальних можливостей для такого користування*.

Універсальний дизайн передбачає сім принципів, які були створені робочою групою архітекторів, дизайнерів, інженерів і дослідників як керівні принципи проєктування для різних сфер дизайну, включаючи середовище, продукт та інформацію. Ці принципи та їх короткий опис наведені у табл. 7.1 [1].

Таблиця 7.1

Принципи універсального дизайну

	Принцип універсального дизайну	Пояснення
1	Рівність і доступність використання	Дизайн корисний і придатний до використання людьми з різними можливостями
2	Гнучкість використання	Дизайн містить широкий спектр індивідуальних уподобань і можливостей
3	Простота та інтуїтивність використання	Використання дизайну легко зрозуміти незалежно від досвіду, знань, мовних навичок або поточного рівня концентрації
4	Доступно викладена інформація	Дизайн ефективно передає необхідну інформацію користувачеві, незалежно від умов навколишнього середовища або сенсорних здібностей користувача

Закінчення табл. 7.1

	Принцип універсального дизайну	Пояснення
5	Терпимість до помилок	Дизайн мінімізує небезпеку та несприятливі наслідки аварій, пошкоджень або ненавмисних дій
6	Малі фізичні зусилля	Дизайн можна використовувати ефективно та зручно з мінімальним зусиллями
7	Наявність необхідного розміру, місця, простору	Для підходу, досягання, маніпулювання і використання передбачені відповідні розміри та простір незалежно від розміру тіла, пози чи мобільності

У 2012 році Центр інклюзивного дизайну та доступу до навколишнього середовища (Університет Буффало, США) розробив вісім цілей універсального дизайну, розширивши сферу його впливу на соціальну участь і оздоровлення. Зазначені цілі (рис. 7.1) визначають вимірювані результати впровадження універсального дизайну. Крім того, вони охоплюють функціональний, соціальний і емоційний аспекти.

Тілобудова (Body Fit)	• Вміст широкого спектру розмірів та можливостей тіла
Комфорт	• Утримання вимог у бажаних межах функціонування та сприйняття тіла
Інформованість	• Забезпечення того, що критична інформація для використання легко сприймається
Розуміння	• Створення методів роботи та використання інтуїтивно зрозумілих та однозначних
Оздоровлення	• Сприяння зміцненню здоров'я, уникненню захворювань та захисту від небезпек
Соціальна інтеграція	• Ставлення до всіх груп населення гідно та з повагою
Персоналізація	• Включення можливостей для вибору та вираження індивідуальних переваг
Культурна відповідність	• Повага та зміцнення культурних цінностей, соціальний та екологічний контексти будь-якого дизайнерського проекту

Рис. 7.1. Цілі універсального дизайну

Основна мета універсального дизайну – забезпечити інклюзивність, а отже, заборонити, попередити ексклюзивність – виключення людини із соціального життя. Дослідники Імрі та Холл (2001) описують цілі універсального дизайну так: приховувати порушення, особливості людей, уникати значної уваги до цих порушень і мінімізувати тенденцію громадськості до "соціального гноблення". Універсально розроблене середовище також розв'язує питання різноманітності й унікальності людей за допомогою гнучких дизайнерських рішень для користувачів з різними можливостями та здібностями. Це може полегшити повсякденне життя багатьох людей, а не лише людей з інвалідністю [29].

Доктор Ольга Красюкова-Еннс, яка є міжнародним консультантом із розроблення інклюзивної політики та практики, зазначає, що "кожна людина проходить свій життєвий цикл і на різних етапах має різний рівень мобільності. Дитина до семи років не може відчинити важкі двері. Мама з дитиною у візку не може скористатися сходами підземного переходу. Людина, яка використовує інвалідний візок, не може подолати бордюри на вулиці, які є абсолютно непомітними для інших. Людина похилого віку не може зайти у трамвай із високо розташованими сходами" [12, с. 6].

Зміни в життєвому циклі людини невідворотні. Деякі з них є результатом індивідуальних настанов і стилю життя, інші – результатом випадку, інциденту, захворювання. Щодня людина може зіштовхнутися із труднощами пересування, використання навколишнього середовища. Універсальний дизайн – це підхід, що створює умови для комфортного життя та функціонування людини протягом усього її життєвого циклу (рис. 7.2).

Порівняно зі спеціалізованим безбар'єрним дизайном, інклюзивне середовище із функціями універсального дизайну значно економніше за рахунок ширшого кола користувачів. Універсальний дизайн забезпечує гідні умови проживання всім: від маленьких дітей до осіб похилого віку, включаючи тих, хто потребує догляду за станом здоров'я, і осіб з інвалідністю. Як показано на рис. 7.2, спеціалізований безбар'єрний дизайн задовольняє потреби останніх двох груп населення, а універсальний дизайн може максимально охопити потреби різних користувачів [31].



Рис. 7.2. Коло та користувачі універсального дизайну

Важливість і вплив середовища на благополуччя та здоров'я людини зазначені на рівні Всесвітньої організації здоров'я і представлені нею Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). В останній наголошується, що фактори середовища впливають на всі складові функціонування й обмеження життєдіяльності. Фактори середовища утворюють фізичне, соціальне оточення та середовище відносин і ставлень, де люди живуть і проводять свій час. Ці фактори є зовнішніми для окремих осіб і можуть чинити позитивний чи негативний вплив на продуктивність особи як члена суспільства, її здатність виконувати дії чи завдання, а також функції або структуру організму людини.

Фактори середовища впорядковані у класифікацію і зосереджені на двох різних рівнях:

1) *індивідуальному* – у безпосередньому оточенні особи, включаючи такі параметри, як дім, робоче місце та школу. Цей рівень включає фізичні й матеріальні особливості навколишнього середовища, з якими стикається особа, а також безпосередній контакт з іншими людьми, такими як родина, знайомі, однолітки та незнайомі люди;

2) *соціальному* – офіційні та неофіційні соціальні структури, служби та загальні підходи або системи у спільноті чи суспільстві, що впливають на людей. Цей рівень включає організації та послуги, пов'язані з робочим середовищем, діяльністю громад, державними установами, комунікацією і транспортними послугами та неформальними соціальними мережами, а також законами, нормативними актами, формальними й неформальними правилами, ставленнями та ідеологіями [6].

Обмеження життєдіяльності визначається як результат складних взаємозв'язків між станом здоров'я особи й особистісними факторами та зовнішніми чинниками, що відображають обставини, у яких живе індивід. Через це стосунки, різні середовища обумовлюють різний вплив на одну особу з певним станом здоров'я. Середовище з перешкодами (бар'єрами) або без полегшуючих факторів обмежує продуктивність особи. Інші середовища, які є факторами полегшення, можуть збільшити продуктивність. Суспільство може перешкоджати продуктивності людини, оскільки воно або створює перешкоди (бар'єри) (напр. відсутність доступу до будинків), або не надає полегшуючих факторів (напр. недоступність допоміжних пристроїв).

За факторами середовища МФК опирається на соціальну модель обмеження життєдіяльності та розглядає проблему переважно як соціально створену, передусім як питання повного інтегрування окремих осіб у суспільство. Обмеження життєдіяльності не є атрибутом особи, а швидше сукупністю умов, багато з яких обумовлені соціальним середовищем. Отже, розв'язання проблеми вимагає соціальних дій, і це – колективна відповідальність суспільства загалом, що полягає в тому, щоб упровадити зміни навколишнього середовища, необхідні для забезпечення повної участі осіб з обмеженням життєдіяльності в усіх сферах суспільного життя. Таким чином, це питання ставлення або ідеології, що вимагає соціальних змін, які на політичному рівні стають питанням прав людини. Для цієї моделі обмеження життєдіяльності є політичним питанням [6].

Узагальнюючи викладене вище, важливо зазначити, що фактори середовища створюють фізичне, соціальне оточення й середовище відносин і ставлень, де люди живуть і проводять свій час.

Складові універсального дизайну. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю визначає, що універсальний дизайн – це дизайн предметів, обстановок, програм і послуг, покликаний зробити їх максимально придатними для використання всіма людьми без необхідності адаптації чи спеціального дизайну. Універсальний дизайн не виключає допоміжних пристроїв для конкретних груп осіб з інвалідністю, де це необхідно [5].

Ключовими складовими універсального дизайну є:

- доступність середовища;
- доступність, інклюзивність послуг;
- доступність інформації (рис. 7.3).

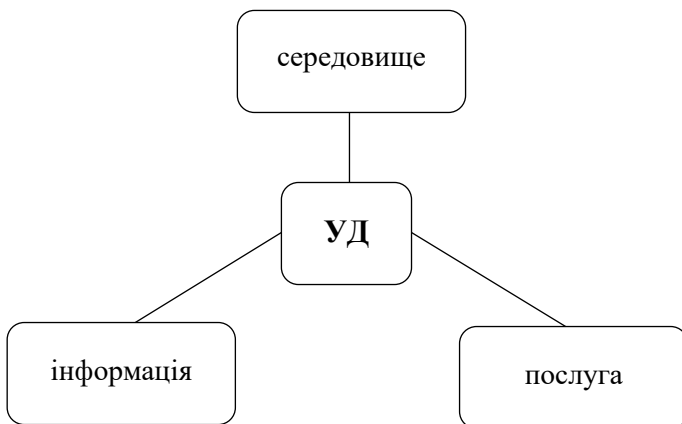


Рис. 7.3. Складові універсального дизайну

Доступна інформація – це така, що надається у форматах, що дозволяють кожному користувачеві отримувати доступ до вмісту нарівні з іншими. Доступна інформація дозволяє всім користувачам легко зорієнтуватися у змісті та може ефективно сприйматися й розумітися різними каналами сприйняття, такими як очі, вуха та/або пальці. З розвитком сучасних технологій особлива увага приділяється інтернет-доступності.

Доступність продукту чи послуги означає, що всі користувачі мають власний профіль потреб, характеристик, можливостей і

уподобань, і цей факт потрібно визнати при розробці основних продуктів, товарів і послуг. Для більшості людей профіль здібностей істотно змінюється протягом життя. Крім того, зміни обставин, нещасні випадки, захворювання та інші події вагомо впливають на потреби, характеристики, можливості й уподобання людини. Підхід інклюзивності й універсального дизайну враховує різноманітність людей для розширення кола користувачів у розробці основних продуктів і послуг, що включає людей похилого віку та людей з інвалідністю. Розширення кола осіб, які можуть скористатися послугою, продуктом, може принести користь широким верствам населення [16].

Доступність середовища передбачає створення вільного й безперешкодного доступу всіх об'єктів інфраструктури та простору населеного пункту. Доступність середовища передбачає впровадження універсального дизайну у транспортну інфраструктуру; будівлі, споруди та прилеглі території, рекреаційні зони тощо.

7.3. Нормативно-правове регулювання впровадження універсального дизайну та інклюзивності в міський простір

Одним із перших нормативно-правових актів, прийнятих за часів незалежності України, є закон про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю. Однак він не був вагомим фактором щодо впровадження і створення доступного, універсального простору.

Із 2005 року почалося активне обговорення питання архітектурної доступності. Прийнято низку нормативно-правових актів: укази Президента України від 01.06.2005 р. "Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями"; від 18.12.2007 р. № 1228 "Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями"; від 19.05.2011 "Про заходи щодо розв'язання актуальних проблем осіб з обмеженими фізичними можливостями"; від 03.12.2015 р. "Про активізацію роботи щодо забезпечення прав

людей з інвалідністю"; від 13.12.2016 р. "Про заходи, спрямовані на забезпечення прав осіб з інвалідністю". Однак реалізація цих указів фокусувалася переважно на створенні безперешкодного доступу осіб з порушеннями опорно-рухового апарату та осіб з порушеннями зору до приміщення [7–10].

Вагомий внесок у запровадження інклюзивності й універсального дизайну в Україні здійснила ратифікація у 2009 році Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю та факультативного протоколу до неї [5].

З 1 квітня 2019 року в Україні набули чинності нові державні будівельні норми ДБН В.2.2-40:2018 "Інклюзивність будівель та споруд" [3]. Вони стали обов'язковими для виконання і були спрямовані на створення безбар'єрного простору для всіх категорій осіб з інвалідністю: з порушеннями опорно-рухового апарату, зору, слуху, розумової діяльності та інших маломобільних груп (людей похилого віку, вагітних жінок, батьків з дітьми тощо). У цьому документі інклюзивність будівель і споруд визначається як комплекс архітектурно-планувальних, інженерно-технічних, ергономічних, конструкційних і організаційних заходів для забезпечення доступності будівель і споруд, у яких кожна особа, незалежно від віку, статі, інвалідності, функціональних порушень, рівня комунікативних можливостей або обставин, може почуватися безпечно і комфортно без сторонньої допомоги й у міру своїх можливостей.

За даними розробників, сьогодні 90 % усіх збудованих пандусів в Україні неправильно облаштовані [3]. За даними Національної асамблеї осіб з інвалідністю України, тільки 4 % споруд соціального призначення є архітектурно доступними.

Нові ДБН передусім спрямовані на ефективне розв'язання цієї проблеми. У них наведені всі необхідні технічні характеристики влаштування елементів безбар'єрності, а також конкретні візуальні приклади, як це потрібно робити. Зокрема, у документі йдеться про облаштування:

- пандусів, спеціальних підйомників та інших засобів доступності для людей з порушеннями опорно-рухового апарату;
- тактильної підлогової плитки, інформаційних таблиць і позначень шрифтом Брайля, інших візуальних елементів і аудіопоказників для осіб із порушеннями зору;

- дублювання важливої звукової інформації текстами, організації перекладу жестовою мовою, використання систем звукопідсилення для осіб із порушеннями слуху [3].

Практичне втілення нових ДБН сприятиме створенню універсального громадського простору, доступного для кожного. Важливим аспектом нових ДНБ є визначення маломобільних груп населення (МГН), куди включено осіб, що відчують труднощі при самостійному пересуванні, одержанні послуги, необхідної інформації або орієнтуванні у просторі. До МГН віднесені особи з інвалідністю, люди з тимчасовим порушенням здоров'я, вагітні жінки, літні люди, особи з дитячими візочками [3].

Для ефективного запровадження універсального дизайну та інклюзивності в міський простір України важливим є подальша детальна розробка різнопрофільних державних будівельних норм.

Нині **типовими перешкодами для створення доступності в Україні є:**

- *умовне створення доступності*; спостерігається, коли пандуси або інші об'єкти, що створюють доступність, розташовані в необхідних для цього місцях, але їх використання неможливе через порушення норм будування (неправильний кут нахилу, пандус упирається у стіну або інший об'єкт тощо);
- *відсутність міжвідомчого підходу* до створення доступності: пандус відповідає ДБН і потребам представників цільової групи, але доступ до нього незабезпечений (щоб добратися до нього, потрібно подолати три сходинки; пандус житлового будинку дає можливість виходу з дому, але закінчується високим бордюром, який самостійно подолати неможливо тощо);
- *відсутність усвідомлення значення доступності в забудовників або власників будівель*: немає розуміння, що безбар'єрне середовище важливе і потрібне не тільки для осіб з інвалідністю, а й для людей похилого віку, батьків з дітьми, осіб, що тимчасово втратили мобільність через захворювання, травму тощо;
- *відсутність усвідомлення важливості доступного середовища з боку громадян*: навіть якщо забудовник чи власник

створюють умови доступності, то громадяни їх нищать або використовують для власних цілей (спеціально відведені місця для паркування осіб з інвалідністю майже завжди зайняті машинами відвідувачів, які не є представниками цільової групи; туалети для осіб з інвалідністю перетворюють на склад для технічного обладнання; мешканці будинків через зайвий шум просять відключити звуковий сигнал світлофору; кнопки для виклику спеціаліста використовують як іграшки тощо);

- *відсутність комплексного підходу до створення доступного середовища*: ураховують потреби однієї цільової групи (переважно це люди з порушеннями опорно-рухового апарату), упускаючи принцип універсального дизайну й орієнтацію на потреби як осіб з інвалідністю різних нозологій, так і осіб похилого віку, батьків з дітьми, осіб, що тимчасово втратили мобільність через захворювання, травму тощо.

7.4. Міжнародні практики універсального дизайну та інклюзивності в міському просторі

Міжнародний досвід демонструє, що, починаючи із 2000-х років, європейські міста обрали стратегію орієнтації на потреби своїх громадян і створення міст, комфортних для всіх його мешканців. Переваги від упровадження універсального дизайну відчутні на всіх рівнях:

- місцева влада отримує додаткові інвестиції, що забезпечує прихильність мешканців населеного пункту;
- профільні спеціалісти демонструють підвищення якості роботи, що заслуговує на позитивні відгуки громади;
- місцевий бізнес відчуває привабливість міста, збільшення прибутку;
- місцеві мешканці відчують підвищення якості та комфортності життя.

Існує об'єднання міст Європи (Eurocities), яке включає понад 130 великих міст із понад 35 європейських країн. Одним з на-

прямів його роботи є *місто, вільне від бар'єрів*. На рівні Європейської комісії із 2011 року існує щорічна нагорода "Доступне місто" ("Access City Award"). Вона визначає міста, що демонструють готовність, здатність і можливість до забезпечення доступності для всіх, щоб гарантувати рівний доступ до основних прав, поліпшити якість життя населення та забезпечити для всіх мешканців, незалежно від віку, активності та здібностей, рівний доступ до ресурсів і благ. Більше 250 міст Європи отримали цю нагороду [13].

Світовий досвід демонструє позитивні результати від упровадження універсального дизайну в міський простір – попередження соціального виключення та, відповідно, зменшення потреб у соціальних виплатах; підвищення рівня ВВП населеного пункту через підвищення рівня освіти та працевлаштування населення; підвищення туристичної привабливості регіону через створення доступного середовища й доступних послуг; збільшення інвестицій і зменшення відтоку населення з міста [26].

Отже, упровадження на рівні населеного пункту концепції універсального дизайну та інклюзивності дає такі переваги:

- попередження соціальної ізоляції;
- підвищення рівня працевлаштування;
- поліпшення стану бізнесу [26].

Соціальна ізоляція – це комплексна проблема, що має економічні та соціальні наслідки. Високий рівень суїциду, проблем зі здоров'ям, криміногенна поведінка пов'язані з поганим матеріальним становищем сімей. Соціальна ізоляція здійснює додаткове навантаження на медичні заклади й заклади соціального захисту населення. Особа з інвалідністю, особа похилого віку, яка не має можливості брати участь у професійній діяльності, отримувати послуги, часто потребує допомоги і турботи когось із членів сім'ї. Коли така особа непрацевлаштована і потребує допомоги когось із родини, в обох (особи з інвалідністю й опікуна) зменшується рівень прибутку. Це, у свою чергу, відбивається на економічному благополуччі всього населеного пункту [26].

Створення доступу до робочого місця і його адаптація до потреб працівника сприятимуть підвищенню рівня працевлаштування осіб похилого віку, зменшать показник виходу на пенсію

за медичними показниками (що є не менш важливим за умови старіння нації та збільшення демографічного навантаження). Як результат будуть збільшуватися не тільки власний і сімейний бюджет, а й загальне ВВП громади та держави.

Однією з умов успішного працевлаштування є можливість здобуття якісної вищої освіти чи перекваліфікації. Відповідно доступність до навчальних закладів є не менш значущою.

Місцевий бізнес від упровадження універсального дизайну та інклюзивності отримує активізацію торгівлі. Запровадження універсального дизайну дає можливість також упроваджувати інновації та поліпшувати якість послуг. Європейська бізнес-конференція (ЕВС) демонструє, що впровадження інклюзивності й універсального дизайну дає нові можливості для бізнесу через креативні рішення та конструкції. Компанії, задіяні в розробці зазначених заходів, указують, що інклюзивний дизайн може стати джерелом для впровадження інновацій і спеціалізацій [25].

Не менш важливим наслідком запровадження універсального дизайну та інклюзивності є підвищення рівня туристичної привабливості міста. Його доступність відкриває можливості подорожей не тільки для осіб з інвалідністю, сімей з дітьми, осіб похилого віку, а й для велосипедного туризму [20].

Узагальнюючи вищесказане, зазначимо, що універсальний дизайн та інклюзивність у міському просторі заохочують громадян брати активну участь у житті громади та є значущими для всіх мешканців.

Соціальна стійкість населених пунктів. Зі зміною вимог до інфраструктури міста і його складових формується нове змістове бачення перебування людини у громаді та місті. У сучасній теорії та практиці соціальної роботи і соціальної реабілітації активно застосовують поняття *соціального благополуччя* та *соціальної стійкості*.

Соціальне підприємство з Великобританії "Social Life", що спеціалізується на соціальних інноваціях, зазначає, що *соціальна стійкість* – це процес створення стійких успішних місць, просторів, які сприяють добробуту шляхом розуміння того, що потрібно людям з територій, де вони живуть і пра-

цюють. Соціальна стійкість поєднує в собі дизайн фізичного середовища з дизайном соціальної інфраструктури для підтримки соціального та культурного життя, соціальних зручностей, механізмів із залучення громадян, а також просторів для людей і місць для розвитку [15].

Сталий розвиток міст, їхня стійкість і благополуччя стосуються не тільки чистої води та відновлювальної енергії; це також цілісний спосіб мислення, тривала стратегія, яка має охоплювати людський життєвий цикл [24].

Спираючись на провідні документи та політики ООН, можна виділити три основні аспекти сталого розвитку:

- екологічні;
- економічні;
- соціальні.

Значна увага при розвитку стійкості громад приділялася екологічним і економічним аспектам; однак не менш важливою є соціальна стійкість. Соціальна стійкість пов'язана з тим, як навколишнє середовище впливає на якість життя людини.

Отже, слід створити соціальне середовище шляхом розумного планування та проектування. Всесвітня комісія з навколишнього середовища та розвитку описує стійкий, сталий дизайн як керівну концепцію створення середовища, яке відповідає потребам сьогодення без шкоди для здатності майбутніх поколінь задовольняти власні потреби. Таким чином, універсальний дизайн також можна розглядати як підхід, який допоможе досягти цілей сталого дизайну. Завдяки універсальному дизайну побудоване середовище має задовольнити потреби своїх теперішніх користувачів і підтримувати інклюзивність для майбутніх громад [15].

Для стійкого розвитку світу міжнародною спільнотою визначено 17 цілей сталого розвитку на 2016–2030 роки, серед яких 11-та визначає забезпечення відкритості, безпеки, життєстійкості, екологічної стійкості міст і населених пунктів.

Якість життя громадян залежить від багатьох компонентів. Одним з них є середовище, у якому проживає людина. Упровадження універсального дизайну та інклюзивності в середовище населеного пункту може сприяти соціальній стійкості завдяки

інклюзивним життєвим просторам і життєздатним громадським сферам.

Дослідники Вайнгертнер та Моберг визначають такі критерії соціальної стійкості населеного пункту: доступність, соціальний капітал і соціальні мережі, здоров'я та благополуччя, соціальна згуртованість і включення, безпека та захищеність, справедливий розподіл (дохід, зайнятість), місцева демократія, участь і розширення прав та можливостей, культурна спадщина, освіта та навчання, рівні можливості, житло і стабільність громади, зв'язок і рух, соціальна справедливість, почуття місця, змішане використання та перебування на землі, приваблива державна сфера. Цих критеріїв можна досягти завдяки впровадженню універсального дизайну та інклюзивності в середовище населеного пункту, що забезпечує простір для зростання та залучення до громади.

Універсальний дизайн та інклюзивність можуть сприяти сталому життю людини в суспільстві (мікрорайоні чи місті), що забезпечує доступні об'єкти та інфраструктуру. Одним зі змінних критеріїв соціальної стійкості є необхідність доступу до об'єктів і зручностей, необхідних для щоденного використання та підтримки життєдіяльності. Наприклад, доступний громадський транспорт дозволяє користувачам їхати на робоче місце, а інклюзивний продуктовий ринок забезпечує життєві потреби для мешканців, що живуть поблизу. Здатність виконувати життєво важливу діяльність має підтримуватися протягом усього життєвого періоду [16].

Соціальний розвиток стосується процесів змін, які зумовлюють поліпшення добробуту людини, соціальних відносин і соціальних інститутів і є справедливими, стійкими та сумісними із принципами демократичного управління та соціальної справедливості. Інклюзивне життєве середовище може створити умови для активного соціального життя члена громади протягом усього життя.

Дослідники Вудкрафт, Хакетт та Кайстор-Арендар запропонували структуру дизайну для соціальної стабільності громад [31] (рис. 7.4).

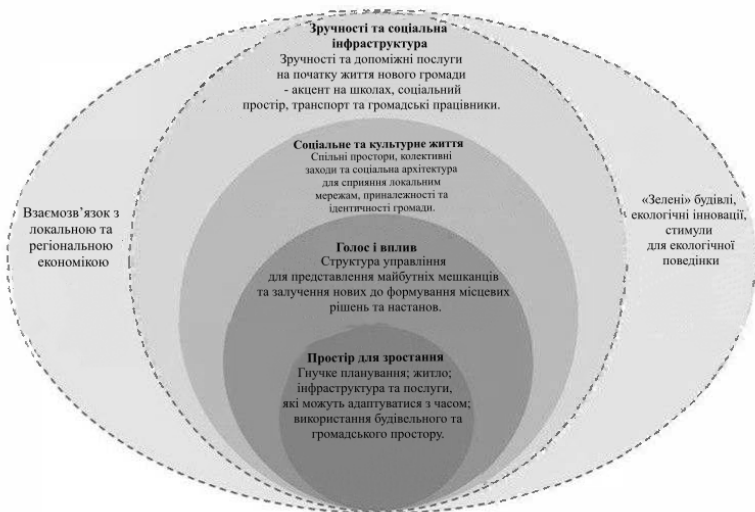


Рис. 7.4. Структура дизайну для соціальної стабільності громад

Простір для зростання. Участь і соціальна взаємодія можуть також розвиватися в межах життєвого простору або простору для зростання. Населений пункт має бути гнучким і пристосованим до потреб жителів, щоб вони мали можливість спілкуватися з іншими людьми та брати участь у громаді протягом усього життя. Для цього житлові будинки треба будувати з урахуванням концепції універсального дизайну та інклюзивності [31].

Голос і вплив. Цей компонент системи соціальної стійкості орієнтований більше на процес усебічного прийняття рішень і свободу вибору, що дозволяє всім жителям брати участь у плануванні та проектуванні політики сусідства і громади. Інклюзивний процес дає можливість усім членам громади висловити свої думки.

Соціальне та культурне життя. Універсально розроблене життєве середовище також може заохочувати участь і соціальну взаємодію шляхом надання гнучких і пристосованих просторів, які можуть використовувати всі громадяни для різних видів діяльності і в різний час доби. Дослідники визначають, що соціально стійкій громаді необхідно забезпечити спільні простори,

колективні заходи та соціальну архітектуру для сприяння розвитку локальних мереж, належності та ідентичності [31].

Громадські простори мають бути зручними для залучення людей до місцевої громади. Інклюзивне середовище має забезпечити рівні можливості для всіх осіб, включно із особами з інвалідністю, для підтримки участі та сприяння інтерактивній спільноті. Інклюзивне та привітне середовище може створити не тільки справедливіше середовище, але й багатшу якість життя, відчуття приналежності, а також культурно збагачувати.

Зручності та соціальна інфраструктура. Послуги надають підтримку для громади, тоді як інфраструктура дозволяє зв'язуватися в мікрорайоні чи місті. Вудкрафт, Хакетт та Кайстор-Арендар зазначають, що для соціальної стійкості громади доступність і соціальну інфраструктуру потрібно забезпечити на ранній стадії планування та проєктування мікрорайонів. Доступ до зручностей і соціальної інфраструктури можна охарактеризувати як здатність людей вільно взаємодіяти, переміщуватися та інтегруватися у своє середовище. Елементи інфраструктури, такі як громадський транспорт і пішохідні доріжки, створюють можливість для прогулянки та сполучення в межах мікрорайону, населеного пункту [31].

Таким чином, універсально розроблене середовище та інклюзивність можуть сприяти соціальній, а також екологічній і економічній стійкості шляхом заохочення до участі та соціальної взаємодії в суспільстві, розвитку почуття прихильності та приналежності до громади.

Ураховуючи роль універсального дизайну та інклюзивності в підтримці добробуту, безпеки та доступності в населених пунктах, а також заохочення участі та соціальної взаємодії в межах життєдіяльності спільноти, універсальний дизайн можна розглядати як важливий компонент соціальної стійкості. Універсальний дизайн та інклюзивність можуть задовольняти потреби різноманітних користувачів протягом усього життя та підтримувати соціальний розвиток усіх членів суспільства.

Таким чином, перед соціальними фахівцями й активістами громад, які прагнуть розвивати свої місця проживання, створювати гідні та комфортні умови, постають нові вимоги та викли-

ки. Сучасні населені пункти мають забезпечити ефективний розвиток не лише економічної, екологічної, а й соціальної стійкості. За таких умов мешканці відчуватимуть свою приналежність до громади, позитивно впливатимуть на її розвиток.

Важливим є усвідомлення того, що зі зміною міжнародного та національного нормативно-правового поля архітектурна бар'єрність і соціальне виключення визначаються як порушення прав людини, а впровадження доступності та інклюзивності переходить із категорії рекомендацій до обов'язкового.

Населений пункт, який упроваджує універсальний дизайн та інклюзивність, – це громада, що висловлює повагу й турботу до кожного, визнає людську унікальність і різноманітність, прагне сприяти розвитку всіх мешканців і визнає їхню важливість.

Упровадження універсального дизайну та інклюзивності в міський простір допоможе подолати урбаністичні кризи, що можуть очікувати Україну та світ у найближчі десятиліття. Використовуючи філософію універсального дизайну та інклюзивності у процесі розвитку населеного пункту, можна отримати такі переваги:

- сприяти включенню всіх громадян до суспільного життя, створюючи можливість кожному бути активним членом громади;
- забезпечити стабільність економічного розвитку;
- розвивати соціальну стійкість населеного пункту;
- сприяти реалізації міжнародних і національних нормативно-правових документів;
- застосовувати численні інновації для підвищення якості життя мешканців.

Список використаних джерел

1. Доступність та універсальний дизайн : навч.-метод. посіб. / В. О. Азін, Л. Ю. Байда, Я. В. Грибальський, О. В. Красюкова-Еннс ; за заг. ред. Л. Ю. Байди, О. В. Красюкової-Еннс. – К., 2013.
2. Будинки і споруди. Доступність будинків і споруд для маломобільних груп населення // Державні будівельні норми України : ДБН В.2.2-17:2006. – Вид. офіційне. – К., 2007.

3. Інклюзивність будівель та споруд. Основні положення // Державні будівельні норми України : ДБН. В.2.2-40:2018. – К. : Мінрегіон, 2018.
4. Інвалідність та суспільство : навч.-метод. посіб. / Л. Ю. Байда, О. В. Красюкова-Еннс, С. Ю. Буров та ін. ; за заг. ред. Л. Ю. Байди, О. В. Красюкової-Еннс. – К., 2012.
5. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text
6. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я: МКФ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://moz.gov.ua/mkf>
7. Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю : Указ Президента України від 03.12.2015 р.
8. Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями : Указ Президента України від 18.12.2007р. № 1228.
9. Про заходи щодо розв'язання актуальних проблем осіб з обмеженими фізичними можливостями : Указ Президента України від 19.05.2011.
10. Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями : Указ Президента України від 01.06.2005 р.
11. Україна після 2015 року: Майбутнє, якого ми прагнемо ; національна доповідь / Е. М. Лібанова, О. М. Балакірева, А. В. Єрмолаєв та ін. – К. : 2013.
12. Виртосу І. Універсальний дизайн: практичні поради для кожного / І. Виртосу, Т. Печончик. – К. : 2015.
13. Access City Award 2016, Examples of best practice for making EU cities more accessible Luxembourg: Publications Office of the European Union. – 2018.
14. Building for everyone: Universal design Approach. Planning and policy. Centre for Excellence in Universal Design National Disability Authority [Electronic resource] // Centre for Excellence in Universal Design. – Access mode : <http://universaldesign.ie/Built-Environment/Building-for-Everyone/>
15. Design for social sustainability. A framework for creation thriving new communities / S. Woodcraft, N. Bacon, L. Caistor-Arendar, T. Hackett // Social life. – 2012.
16. O'Ferrall E. Accessibility of Products and Services Following a Design for All Approach in Standards : Conference paper, August 2018 / E. O'Ferrall. – 2018.
17. Francesc Aragall. With the support of the EuCAN Membership Design for All in progress, from theory to practice. European Concept For Accessibility / Aragall Francesc, Peter Neumann, Silvio Sagamola. – 2003.
18. Francesc Aragall. With the support of the EuCAN Members Technical Assistance Manual European Concept For Accessibility / Aragall Francesc. – 2003.

19. Francesc Aragall. With the support of the EuCAN Members. ECA for Administration / Aragall Francesc. – 2008.
20. How walkable is your town? : A report by Age Friendly Ireland and the Centre for Excellence in Universal Design at the National Disability Authority on the results of Walkability Audits in 2014. – March 2015.
21. Steffan I. T. Urban planning and accessibility of urban spaces / I. T. Steffan // Certified European Ergonomics Architect. – 2012.
22. Inclusive design toolkit / J. Clarkson, R. Coleman, I. Hosking, S. Waller. – Engineering Design Centre Department of Engineering University of Cambridge, 2007.
23. Tools for Supporting Inclusive Design / J. Goodman-Deane, J. Clarkson, P. Langdon, S. Waller. – Engineering Design Centre, Department of Engineering^[SEP] University of Cambridge. – 2008.
24. Karin Bendixen in "Form & Funktion – Nordic Design for All Magazine" [Electronic resource] – Centre for Excellence in Universal Design. – 2002. – № 2. – Vol. 1. – Access mode : www.dcf.dk/index.asp?pid=1930
25. Fuglerud K. S. Cost-benefit analysis of universal design Literature review and suggestions for future work / K. S. Fuglerud, T. Halbach, I. Tjøstheim. – 2015.
26. Thomson Greg. Releasing Constraints: Projecting the Economic Impacts of Increased Accessibility in Ontario Martin prosperity Institute [Electronic resource] / Greg Thomson. – 2010. – Access mode : <https://www.aoda.ca/releasing-constraints-the-impacts-of-increased-accessibility-on-ontarios-economy/>
27. The build-for-all reference manual [Electronic resource] / Info-Handicap and the "Build-for All" project. – Luxembourg, 2006. – Access mode : <https://www.accessibletourism.org/?i=enat.en.reports.228>
28. Trends in Universal Design. An anthology with global perspectives, theoretical aspects and real world examples [Electronic resource] // Norwegian Directorate for Children, Youth and Family. – The Delta Centre, 2013. – Access mode : <https://www.buudir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002716>
29. Universal Design as a Significant Component for Sustainable Life and Social Development [Electronic resource] / Syazwani Abdul Kadir, Mariam Jamaludin. – Access mode : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813024762>
30. Universal Design Toolkit for Customer Engagement Business Case and Overview National Disability Authority [Electronic resource]. – Centre for Excellence in Universal Design, 2013. – Access mode : <https://docplayer.net/10495842-Universal-design-toolkit-for-customer-engagement-business-case-and-overview.html>
31. Woodcraft S. Design for Social Sustainability: A framework for creating thriving new communities. Future Communities / S. Woodcraft, T. Hackettand, L. Caistor-Arendar. – 2011.

Розділ 8

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРАКТИК ДЛЯ СТВОРЕННЯ СЕРЕДОВИЩА ВІДНОВЛЕННЯ В ДІЯЛЬНОСТІ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

У розділі розкриваються теоретико-методологічні, організаційно-правові та соціокультурні засади соціально-реабілітаційних практик для утворення середовища відновлення в життєдіяльності територіальної громади. Обґрунтовується значення соціальної підтримки громади у відновленні осіб, що перебувають у процесі соціальної адаптації та реабілітації. Феномен середовища відновлення висвітлюється з погляду його утворення та функціонування як складової середовища соціокультурних практик територіальної громади як суб'єкта самоорганізації соціально-економічної життєдіяльності, що допомагає формувати стратегії підвищення якості життя як громади загалом, так і її окремих членів зокрема.

8.1. Організаційно-правове забезпечення середовища відновлення у практиці життєдіяльності територіальних громад

Для створення ефективного *середовища відновлення* одним з найактуальніших факторів є дружнє до особи, що проходить реабілітацію, соціокультурне оточення. Саме від нього залежить підтримка та наснаження людини у процесі реабілітації, що, у свою чергу, уможлиблює, наприклад, розв'язання складної життєвої ситуації або досягнення значної ремісії, оволодіння ресоціалізаційними практиками тощо. Таким соціокультурним середовищем стає *територіальна громада*, де проживає особа, що є включеною до процесу соціальної реабілітації.

Ще із часів Мері Річмонд ресурси місцевої громади ставали основною опорою для впровадження практик соціальної роботи та формування культури благодійності, соціальної згуртованості та розв'язання проблем, що дозволяло досягати балансу в середовищі, яке підтримується місцевою громадою.

Централізоване надання послуг із соціальної реабілітації не дозволяє враховувати компонент місцевого соціокультурного

середовища, обмежує адресність допомоги, що необхідна для створення середовища відновлення, і така ситуація призводить до багатьох помилок і недоліків у веденні клієнта або розв'язанні проблем самої громади, обмежує вплив реабілітаційних технологій і методик. Отже, аналіз ресурсів місцевих територіальних громад для створення середовища відновлення стає актуальним для сучасної вітчизняної практики.

Реформа децентралізації в Україні сьогодні є однією з таких, що демонструє позитивні зміни у суспільній свідомості сталого образу самоорганізації територіальної громади, відповідальності та прагматизму щодо розв'язання нагальних соціально-економічних проблем на місцевому рівні та запобігання відтворенню неефективних патерналістських практик у формуванні місцевих соціальних політик територіальних громад, які дістались у спадок від часів радянської системи соціального захисту. Автономність, самостійність територіальних громад підносять їхню суб'єктність як провідних акторів соціальної політики місцевого рівня і допомагають не тільки забезпеченню формування середовища відновлення для конкретного випадку, а й підвищенню якості життя загалом, що стає культурною нормою певної громади.

Закон України "Про добровільне об'єднання територіальних громад", прийнятий у 2015 році, у ст. 2 розділу I визначає, що добровільне об'єднання територіальних громад сіл, селищ, міст здійснюється із дотриманням принципів конституційності та законності, добровільності, економічної ефективності, державної підтримки, повсюдності місцевого самоврядування, прозорості та відкритості, відповідальності [1]. Також законодавець урахує і *соціокультурний контекст* формування територіальної громади як окремого суб'єкта – при прийнятті рішень щодо добровільного об'єднання територіальних громад беруться до уваги історичні, природні, етнічні, культурні та інші чинники, що впливають на соціально-економічний розвиток об'єднаної територіальної громади (ст. 4, п. 4 Закону), тобто до уваги беруться аспекти, що є фундаментальними для створення середовища відновлення в технологіях реабілітації.

У сучасній соціальній роботі основні відмінності в теоретичних підходах до впровадження соціально-реабілітаційних практик загалом і у громадах зокрема пов'язані з відмінностями передусім вибору *моделей місцевих, регіональних або національних соціальних політик*. Також актуалізуються візії суб'єктів цих політик на те, якими мають бути *принципи та ідеологія надання реабілітаційних послуг*, на що спрямовані стратегії реабілітації в певній територіальній громаді залежно від соціального запиту на такі послуги. Отже, перед суб'єктами місцевого самоврядування побудови стратегій, що залучають мінімальні ресурси при отриманні максимального ефекту соціальної реабілітації, і створення середовища відновлення для осіб, що залучені до реабілітаційних програм у громаді і, таким чином, зменшують навантаження на фінансування *програм відновлення*, відкривають можливості забезпечення *програм розвитку соціальної сфери територіальної громади*, що, у свою чергу, поліпшує загалом якість життя в ній. У такому разі для створення середовища відновлення в територіальній громаді виникає ситуація, за якої мало розумітися на теоретичних концептах соціальної реабілітації та соціальної адаптації. Задля того, щоб конкретна теоретична модель ведення випадку, яку вибудовує фахівець із соціальної реабілітації, працювала, необхідні ресурси *економіко-правового забезпечення протоколів і стандартів надання послуг із соціальної реабілітації*, за рахунок яких випадок буде розв'язаний, оскільки теоретична модель у соціальній роботі не існує поза її легітимацією через законодавство держави та підзаконні акти суб'єктів влади різного рівня. Отже, необхідним стає узгодження обраної теоретичної моделі реабілітаційної практики із правовими актами, що регулюють діяльність територіальної громади, тобто візію конкретної громади на умови підтримки середовища відновлення, що узгоджена з державною політикою щодо конкретної групи клієнтів, яка потребує реабілітаційних послуг.

Загалом дослідники виділяють *три базові теоретичні підходи* в соціальній політиці держав, що є актуальними для сучасної соціальної роботи, в основу яких покладена певна ідеологічна перспектива реабілітації та відновлення.

Рефлексивно-терапевтичний підхід, або (за Л. Домінеллі) підхід терапевтичної допомоги. З погляду цього підходу метою соціальної реабілітації є забезпечення благополуччя індивідів, великих і мікросоціальних груп у суспільстві *через сприяння особистісному розвитку і самореалізації*. Постійна взаємодія між соціальними працівниками та клієнтами змінює уявлення клієнтів і дозволяє соціальним працівникам впливати на цей процес. Схожим чином клієнти впливають на світосприйняття соціальних працівників, що стає помітним із плином часу і накопиченням досвіду. Цей процес взаємного впливу робить соціальну роботу рефлексивною, оскільки він відповідає соціальним інтересам практичної діяльності соціальних працівників і формує їхнє уявлення про практику реабілітації. Завдяки цьому процесу клієнти набувають здатності керувати своїми почуттями і будувати своє життя [2]. Набуття особистістю впевненості у своїх силах допомагає їй подолати труднощі. Зазначений підхід відображає *соціально-демократичну модель ідеології в соціальній роботі* – економічний і соціальний розвиток має здійснюватися спільно з рухом до індивідуального і соціального розвитку. Він покладений в основу багатьох уявлень про сутність соціальної роботи, але разом з тим піддається модифікації та критиці в межах двох інших теоретичних підходів [3].

З погляду *соціал-колективістського підходу* метою соціальної реабілітації є *забезпечення співпраці та взаємної підтримки в суспільстві* для того, щоб найбільш незахищені та неблагополучні соціальні групи могли розраховувати на здатність до самостійного життя. Фахівець із соціальної реабілітації налагоджує зв'язки між клієнтами і соціальними системами територіальної громади, стимулює активність людей, надає можливості для отримання нових знань і співробітництва, формуючи об'єднання й організації, у яких кожен може брати активну участь.

Зазвичай еліта зосереджує й утримує у своїх руках владу і ресурси в громаді з метою заволодіння ними якнайбільше. Це призводить до утиску слабких груп населення. Фахівці соціальної сфери у такій ситуації вимушені та прагнуть протистояти цьому процесу за допомогою впровадження ідеології більш рівноправних відносин у громаді. Л. Домінеллі називає цей підхід

емансипаторним (визвольним, таким, що виходить за межі існуючих практик), тому що він підкреслює ідею звільнення людей від утисків. Інші автори (напр. Дж. Фук) визначають його як *трансформаційний*, оскільки цей підхід побудований на ідеології перетворень у місцевій громаді з метою захисту найбільш вразливих і найслабших груп [2, 4]. Представники цього підходу підкреслюють, що індивідуальний і соціальний розвиток таких груп населення неможливі доти, поки не будуть проведені соціальні перетворення щодо справедливого розподілу доступу до ресурсів територіальної громади.

У контексті *індивідуально-реформістського* підходу соціальна реабілітація розглядається як частина соціального захисту, яку пропонує своїм членам територіальна громада. Упроваджені програми соціальної реабілітації відповідають потребам людей, надають соціальні послуги, підвищують їх якість і ефективність. Л. Домінеллі та М. Девіс [2, 5] визначають його як *підхід підтримки стабільності*. Згідно з їхньою позицією соціальна робота підтримує соціальний порядок і соціальну структуру громади, а також людей у складних життєвих обставинах, повертає їх до стабільного стану. Цей підхід відображає ліберальну, раціонально-економічну ідеологію, яка стверджує гарантовану законом особисту свободу в умовах ринкової економіки як найкращий варіант організації суспільства та підтримки середовища відновлення.

Як можна побачити, у кожному із цих теоретичних підходів є свій погляд на цілі й форми соціально-реабілітаційної роботи та забезпечення соціального захисту у спільноті. Кожен з них має певні переваги та недоліки. І завдання, яке є пріоритетним для новостворених територіальних громад в Україні, – це визначення стратегічних ідеологічних засад власних соціальних політик, які, утім, базуються на вітчизняному законодавстві й ефективній практиці впровадження середовища відновлення для одержувачів соціально-реабілітаційних послуг.

Продемонстровані теоретичні підходи, на підставі яких формується соціальна політика, створюють законодавчі підстави для затвердження протоколів і професійних стандартів надання послуг із соціальної реабілітації. Вони ж, у свою чергу, визначають побудову соціальним працівником моделі роботи з випа-

дком клієнта або групи. Таким чином, питання легітимації професійних знань для практики стає важливим фактором професійного надання соціальної послуги. Саме правове забезпечення теоретичних моделей і ставить соціальну роботу в окрему царину, яка змушує науковців у сфері соціальної роботи співпрацювати з бюрократичною системою, законодавчою та виконавчою гілками влади, які покликані створювати економіко-правові умови для реалізації науково обґрунтованих моделей соціальної реабілітації та формування безпечного й ефективного середовища відновлення для одержувачів послуг із соціальної реабілітації.

Як відомо, *загальні принципи*, що зумовлюють легітимацію професійних знань у діяльності фахівця із соціальної реабілітації в громаді, визначені професійною спільнотою й обговорені на міжнародному рівні. Серед таких принципів, за М. Пейном [3, 35], можна зазначити:

- *принцип застосування*, або можливість використання теоретичної моделі реабілітації у практиці конкретної громади;
- *принцип взаємної відповідності*, або можливість практики змінювати, впливати на теоретичну модель, і навпаки;
- *принцип підзвітності*, або спроможність теоретичної моделі підтримувати підзвітність/незалежність практичних фахівців із соціальної реабілітації в соціальних службах;
- *принцип офіційного визнання*, або наскільки стратегічно важливою та соціально значущою є соціальна реабілітація для громади.

Крім загальних принципів легітимації професійних практик соціальної реабілітації, у громаді актуальною є діяльність законодавця національного рівня для правового забезпечення впровадження таких практик для територіальної громади.

Зокрема, оновлений Закон України "Про соціальні послуги" від 17.01.2019 р. у підпункті 1 п. 1 ст. 1 розділу I визначає базові соціальні послуги, до яких відносять зокрема й послуги із соціальної адаптації та реабілітації, як "...соціальні послуги, надання яких одержувачам соціальних послуг відповідно до цього закону забезпечується Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями, районними, районними у міс-

тах Києві та Севастополі державними адміністраціями, виконавчими органами міських рад міст обласного значення, а також виконавчими органами сільських, селищних, міських рад об'єднаних територіальних громад, створених згідно із законом та перспективним планом формування територій громад і визнаних Кабінетом Міністрів України спроможними в порядку, встановленому законом (далі – ради об'єднаних територіальних громад)" [6]. Таким чином, *вітчизняний законодавець зобов'язує та покладає відповідальність за надання соціальних послуг* (окрім тих, що надаються тільки державними органами) на територіальні громади за принципом децентралізації та самоврядування територіальної громади.

Далі законодавець указує на обов'язок територіальної громади проводити аналіз соціально-економічного становища її жителів для *визначення потреб населення* в соціальних послугах, і серед інструментів такого визначення мають бути "...збір, узагальнення та аналіз інформації про наявність на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці вразливих груп населення, осіб/сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самотійно їх подолати, про їхні потреби у соціальних послугах, на основі результатів яких приймаються управлінські рішення щодо організації надання таких послуг" (пп. 2 п. 1, ст. 1).

Законом встановлюється обов'язок відповідних управлінських структур територіальної громади *вивчати та формувати соціальне замовлення* на соціальні послуги у громаді. Такий інструмент управління соціальною сферою у громаді законодавцем визначається як "...засіб регулювання діяльності у системі надання соціальних послуг шляхом залучення на договірній основі надавачів соціальних послуг для задоволення потреб осіб/сімей у соціальних послугах відповідно до результатів визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці/територіальної громади у соціальних послугах" (пп. 16 п. 1, ст. 1).

Законом України "Про соціальні послуги" 2019 р. роз'яснюється специфіка взаємодії центральних державних і місцевих суб'єктів системи надання соціальних послуг (п. 2 ст. 8) і визна-

чаються функції окремих суб'єктів системи надання соціальних послуг, які можуть взаємодіяти між собою на всіх етапах реалізації цього закону, зокрема щодо:

- 1) визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці / територіальної громади в соціальних послугах;
- 2) розроблення та виконання програм надання соціальних послуг, розроблених за результатами визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці / територіальної громади в соціальних послугах;
- 3) організації, фінансування та надання соціальних послуг;
- 4) здійснення моніторингу надання соціальних послуг, оцінювання їхньої якості та контролю за дотриманням вимог, установлених законодавством щодо соціальних послуг.

Порядок взаємодії суб'єктів системи надання соціальних послуг затверджується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері соціального захисту населення.

Надалі у Законі визначені основні напрями державної політики у сфері надання соціальних послуг, основні засади функціонування системи надання соціальних послуг, уповноважені органи системи надання соціальних послуг, зокрема й з державного та недержавного секторів.

Як указує законодавець, *надавачі соціальних послуг* (юридичні та фізичні особи-підприємці, їхні об'єднання, а також фізичні особи, що не ведуть підприємницьку діяльність) провадять свою діяльність відповідно до законодавства про соціальні послуги, на підставі установчих та інших документів, якими визначено перелік соціальних послуг і категорії осіб, яким надаються такі послуги, за умови забезпечення їх відповідності до критеріїв діяльності надавачів соціальних послуг, установлених Кабінетом Міністрів України (ст. 13, п. 1). Таким чином суб'єкти, що надають соціальні послуги, можуть належати до *державного, комунального* (тобто сектору, що перебуває в зоні відповідальності місцевої громади) або *недержавного секторів*.

До надавачів соціальних послуг *державного та комунального секторів* належать надавачі соціальних послуг, утворені ор-

ганами, зазначеними у ч. 1 ст. 11 цього закону, діяльність яких фінансується за рахунок коштів відповідного бюджету/бюджетів (тобто державного або територіальної громади). Це означає, що кожна територіальна громада, бюджет якої становить 60 % від усіх бюджетних зборів громади, на підставі визначеного переліку потреб у соціальних послугах на наступний рік має виділити кошти зі свого бюджету на надання таких послуг. При цьому немає потреби фінансувати соціальні послуги, що бюджетуються централізовано державою, але при формуванні бюджету громади такі послуги мають бути вказані разом із джерелом фінансування. Усі інші послуги мають бути фінансово забезпечені з бюджету громади.

У такому разі громада має два шляхи для реалізації програми забезпечення соціальними послугами – утримувати та фінансувати установи й організації комунальної власності, що надають соціальні послуги, або залучати шляхом соціального замовлення, державно-приватного партнерства, конкурсу соціальних проєктів, соціальних програм тощо надавачів відповідних соціальних послуг із недержавного сектору. Кожен із цих шляхів має переваги та недоліки для конкретної територіальної громади, які зумовлені різними факторами: розміром громади, її географічним розташуванням, історією створення та функціонування централізованої системи надання соціальних послуг у цій місцевості, різноманіттю соціальних послуг тощо. І якщо переваги здебільшого очевидні при виборі громадою стратегії забезпечення соціальними послугами, то на недоліках побіжно необхідно зупинитися.

Наприклад, для сільської або невеликої селищної громади утримувати на комунальному балансі центр соціального обслуговування населення нерентабельно, тому що він вимагає залучення значної кількості фахівців і фінансів, що з погляду, наприклад, демографії може стати нерозв'язувальною проблемою. Отже, актуальним стає забезпечення соціальними послугами громади через соціальне замовлення в недержавному секторі.

Так само до недержавного сектору із соціальним замовленням можуть звертатися громади великих міст, коли, наприклад, на ринку соціальних послуг провідними є організації й установи

недержавного сектору, що надають певні послуги якісніше порівняно з муніципальними або державними (зазвичай це соціальні послуги, що пов'язані з високим рівнем емоційного або професійного вигорання – послуги з адаптації та соціальної реабілітації осіб без постійного місця проживання, осіб, що повернулися із місць позбавлення волі, паліативна та хоспісна допомога тощо). У такому разі закон установлює, що забезпечення надання соціальних послуг шляхом соціального замовлення здійснюється через компенсацію їх надавачам з недержавного сектору вартості наданих ними соціальних послуг.

Тож законодавець надає самостійність громаді у прийнятті рішення щодо забезпечення соціальними послугами (розділ IV): або закупити в недержавному секторі шляхом соціального замовлення – у підприємств і організацій недержавної форми власності, благодійних організацій та фондів, фізичних осіб-підприємців, надавачів соціальних послуг з догляду із числа фізичних осіб, що не здійснюють підприємницьку діяльність, або фінансувати комунальні підприємства та організації з надання соціальних послуг і залучати державні організації й установи, що надають соціальні послуги. Як видно, законом передбачено широку автономію кожної окремої територіальної громади щодо забезпечення населення соціальними послугами, разом із тим зберігається за державою функція нагляду за якістю їх надання.

Як було вказано вище, відповідно до цього закону до надавачів соціальних послуг недержавного сектору належать також фізичні особи-підприємці та фізичні особи, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності.

Можна звернути увагу на *новели* зазначеного закону в частині визначення серед надавачів соціальних послуг *фізичних осіб-підприємців (ФОП)* та *фізичних осіб, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності*. Перша з них стосується фізичних осіб-підприємців, тобто законодавець дозволяє територіальним громадам замовляти соціальні послуги не тільки в недержавних організацій, фондів, а й у окремих підприємців, якщо якість цих послуг відповідає професійним стандартам. Як простий приклад можна навести ситуацію, коли ква-

ліфікований соціальний працівник реєструється як фізична особа-підприємець і може надавати соціальні послуги з консультування, супроводу, догляду тощо на підставі соціального замовлення від уповноваженого органу громади, а також усім громадянам, що звертаються за такими послугами до фізичної особи-підприємця на платній основі.

Другою новелою Закону "Про соціальні послуги" стало вдосконалення соціального захисту та розв'язання досить чутливої проблеми для сімей, що опікуються важкими невиліковними хворими, мають дітей або родичів із важкими формами інвалідності та змушені, таким чином, надавати соціальні послуги з догляду за членами своєї сім'ї без здійснення підприємницької діяльності. Уперше законодавець легітимізував такий вид зайнятості та законодавчо врегулював певні гарантії соціального захисту для осіб, що здійснюють цілодобовий догляд за членами своєї родини.

Фізичні особи, які надають соціальні послуги з догляду відповідно до цього закону без здійснення підприємницької діяльності, можуть надавати соціальні послуги з догляду на непрофесійній основі *одержувачам соціальних послуг* із числа членів своєї сім'ї, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права й обов'язки та є:

- 1) особами з інвалідністю I групи;
- 2) дітьми з інвалідністю;
- 3) громадянами похилого віку з когнітивними порушеннями;
- 4) невиліковно хворими, які через порушення функцій організму не можуть самостійно пересуватися та самообслуговуватися;
- 5) дітьми, яким не встановлено інвалідність, але які є хворими на тяжкі перинатальні ураження нервової системи, тяжкі вроджені вади розвитку, рідкісні орфанні, онкологічні, онкогематологічні захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкі психічні розлади, цукровий діабет I типу (інсулінозалежні), гострі або хронічні захворювання нирок IV ступеня, або отримали тяжку травму, потребують транс-

плантації органу чи паліативної допомоги. Перелік зазначених тяжких захворювань, розладів, травм, станів дітей, яким не встановлено інвалідність, затверджує Кабінет Міністрів України (п. 6 ст. 13).

Указані фізичні особи надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності після підготовки й перепідготовки в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України (п. 4 ст. 13), або без проходження такого навчання та дотримання державних стандартів соціальних послуг (п. 6 ст. 13).

Розмір компенсації за догляд фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду відповідно до цього закону (п. 7 ст. 13) без здійснення підприємницької діяльності *на непрофесійній основі*, незалежно від кількості осіб, за якими здійснюється догляд, розраховується як різниця між прожитковим мінімумом на одну особу в розрахунку на місяць, установленим законом на 1 січня календарного року, у якому надаються соціальні послуги, і середньомісячним сукупним доходом фізичної особи-надавача соціальної послуги за попередні шість місяців, що передують місяцю подання заяви про згоду надавати соціальні послуги. Середньомісячний сукупний дохід фізичної особи-надавача соціальної послуги обчислюється шляхом ділення середньомісячного сукупного доходу її сім'ї на кількість членів сім'ї, які включаються до її складу. Методика обчислення середньомісячного сукупного доходу сім'ї затверджується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері соціального захисту населення.

Розмір компенсації за догляд фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності *на професійній основі*, визначається з розрахунку 70 % мінімальної заробітної плати в погодинному розмірі за 1 год догляду за однією особою, але не більше 360 год на місяць. Професійною основою вважається проходження такими особами професійної підготовки в порядку, установленому розглядуваним законом і підзаконними актами (п. 4 ст. 13).

Компенсація за догляд виплачується фізичним особам-надавачам соціальних послуг, які не перебувають у трудових

відносинах, не є фізичними особами-підприємцями, не провадять незалежної професійної діяльності (наукової, літературної, артистичної, художньої, освітньої або викладацької, а також медичної, юридичної практики, зокрема й адвокатської, нотаріальної діяльності тощо) і не перебувають на обліку як безробітні.

Компенсація за догляд фізичним особам, які надають соціальні послуги з догляду відповідно до цього закону без здійснення підприємницької діяльності на професійній основі, виплачується відповідно до тристороннього договору про надання соціальних послуг з догляду, що укладається в письмовій формі між фізичною особою-надавачем соціальних послуг з догляду, одержувачем соціальних послуг з догляду або його законним представником і структурним підрозділом з питань соціального захисту населення районних, районних у містах Києві та Севастополі державних адміністрацій, виконавчих органів міської ради міст обласного значення, рад територіальних громад. Однією із істотних умов такого договору є кількість годин надання соціальних послуг з догляду на місяць. Порядок подання й оформлення документів, призначення і виплати компенсації за догляд затверджує Кабінет Міністрів України (п. 7 ст. 13).

Необхідно звернути увагу, що актуальними сьогодні залишаються питання зведення відповідно до норм розглядуваного закону підзаконних актів щодо вказаних вище категорій надавачів соціальних послуг.

Таким чином, вимоги до професійної підготовки фахівця із соціальної реабілітації у громаді можуть бути поставлені у відповідність до того, який соціальний запит і яка модель соціальної політики існують у певній територіальній громаді, і в кожній з них формується своя "спеціалізація" надавачів послуг і певний портфель моделей, які задовольняють вимоги практики конкретної територіальної громади. Наприклад, соціальна адаптація та реабілітація безхатченків є важливим напрямом зазвичай у великих містах, а соціальна робота з людьми з алкогольною та наркотичною залежністю, психічними розладами є актуальною і для міських, і для селищних, і для сільських громад.

Яскравим прикладом ефективності повного обслуговування територіальної громади із соціальної реабілітації в недержавно-

му секторі є діяльність благодійної організації "Світло надії" [7], яка повністю забезпечує потребу міста Полтави та Полтавської області в комплексних послугах із:

- соціальної адаптації шляхом надання комплексної допомоги уразливим групам населення, серед яких бездомні особи, звільнені з місць позбавлення волі, внутрішньо переміщені особи, люди у складних життєвих обставинах, матері з дітьми та вагітні жінки, особи, що потерпають від насильства;
- розвитку економічної спроможності клієнтів – навчання професіям за напрямками "швейна справа" та "столярна справа" і подальше працевлаштування (на виробництві власного соціального підприємства або у співпраці з партнерами та службою зайнятості населення); підтримки соціально значущих програм шляхом реалізації продукції власного соціального підприємства, де частина отриманого прибутку спрямовується на фінансування соціальних проєктів;
- консалтингу та супроводу у сфері громадського здоров'я, реалізації медико-соціальних програм із запобігання поширенню соціально-небезпечних хвороб, зокрема ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, наркозалежності, вірусних гепатитів шляхом забезпечення безперешкодного доступу до діагностики та лікування, високої якості лікування хворих на ВІЛ/СНІД, туберкульоз, наркозалежність, вірусні гепатити та профілактики цих захворювань у групах підвищеного ризику;
- реінтеграції жінок, що зазнали насильства в сім'ї, у суспільство шляхом комплексного надання послуг у Центрі цілодобового проживання, повернення їх до самостійного повноцінного життя та проведення реабілітаційної програми, спрямованої на подолання негативних явищ у житті жінки;
- безперервного надання комплексного пакету послуг щодо профілактики ВІЛ, туберкульозу, вірусних гепатитів гру-

пи С, а також догляду, підтримки та ресоціалізації, що сприяє поліпшенню якості життя хворих на соціально-небезпечні хвороби засуджених і якнайшвидшому їхньому пристосуванню до умов соціального середовища, зниженню рівня рецидиву злочинів засуджених після звільнення;

- активізації участі молоді та підлітків у житті громади та їхнього особистісного розвитку, зменшення рівня розповсюдження соціально-небезпечних захворювань серед підлітків і молоді, профілактики виявів ризикової поведінки (протидія формуванню залежностей, конфлікту із законом, булінгу, торгівлі людьми тощо), популяризації здорового способу життя;
- моніторингу й оцінюванню потреб клієнтів та громади як регулярного процесу збирання й аналізу інформації для відстеження ходу виконання визначених програм, проєктів і перевірки відповідності до встановлених стандартів, аналізу результатів діяльності та/або ефекту від реалізації проєкту (діяльності структурного підрозділу). Формування соціального запиту на послуги.

Отже, на прикладі діяльності БО "Світло надії" (м. Полтава), яка понад два десятиліття представлена на регіональному ринку послуг із соціальної реабілітації, забезпечуючи розширення спектру і самих послуг, і охоплення клієнтських груп, зберігаючи при цьому значний потенціал сталості їх надання, продемонстровано ефективну реалізацію моделі соціального замовлення в недержавному секторі громади міста дуже чутливих соціальних послуг.

З іншого боку, поява такої категорії надавачів соціальних послуг як фізичні особи, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності, допомагає сім'ям, члени яких потребують цілодобового нагляду, у розв'язанні своєї ситуації зі складними життєвими обставинами, коли член сім'ї отримує можливість працевлаштування з догляду за особами, що його потребують. Таким чином громада уникає появи ще однієї сім'ї зі СЖО. Ця новела затребувана на практиці, оскільки зазвичай послуги з догляду є одними з таких, що не мають відповідного кадрового забезпечення в державному секторі.

8.2. Технологічне забезпечення становлення середовища відновлення у практиках життєдіяльності територіальних громад

До стратегічних завдань життєдіяльності територіальної громади належить забезпечення протидії загрозам надзвичайних ситуацій, що викликані кліматичними, геологічними, біологічними та іншими чинникам, які сьогодні набувають планетарних масштабів. Міжнародні організації, передусім Організація Об'єднаних Націй, функціонують для забезпечення надання екстреної допомоги та ліквідації наслідків таких ситуацій. Отже, окрема місцева громада має налагоджувати співробітництво для організації протидії та ліквідації всіх наслідків, викликаних такими катастрофами. Окремою справою стає забезпечення соціально-реабілітаційних заходів для членів громади, що перебували в умовах відкритих бойових дій. Сюди ж необхідно віднести і переживання наслідків пандемії коронавірусної інфекції (COVID-19), які виникли як у тих, хто переніс захворювання, так і в тих, хто не хворів, але зазнав психологічної травми.

Якщо ж ідеться про практики соціальної реабілітації в умовах надзвичайних ситуацій і бойових дій, то фахівці, які здійснюють заходи з екстреного реагування, дедалі більше уваги приділяють психологічним, соціально-психологічним і соціальним явищам та їх взаємозв'язку, що виникають унаслідок дії таких надзвичайних ситуацій.

Численні дослідження довели, що люди швидше відновлюються від впливу надзвичайних ситуацій, коли громада ефективно реагує і створює умови, за яких члени громади:

- почуваються в безпеці;
- мають тісні (родинні) зв'язки;
- перебувають у спокої;
- мають доступ до соціальної, фізичної та емоційної підтримки;
- знаходять способи допомогти собі.

Основними факторами ризику є розвиток психічних розладів і захворювань, несприятливі умови навколишнього середовища,

у які потрапляють люди, і брак підтримки в цьому середовищі. Адекватне реагування на соціальні проблеми, пов'язані з навколишнім середовищем, полегшує деякі психологічні проблеми і запобігає розвитку певних психічних розладів. У міжнародній практиці соціальної роботи в умовах надзвичайних ситуацій відбулася зміна акценту з підходу, орієнтованого на травму, на більш інтегрований підхід, що ґрунтується на самодопомозі у громаді та понятті *резилієнс*. *Резилієнс* визначається як *пружність* (англ.), здатність відновлювати попередній фізичний і психічний стан [8]. Як зазначає Г. А. Боненно, якщо в першому підході фахівці фокусуються на травмі, після якої потрібно відновитися, то резилієнс відображає здатність підтримувати стабільну рівновагу [9], зокрема й у надзвичайних ситуаціях, завдяки власним сильним сторонам, ресурсам і можливостям, тобто визнається той факт, що населення місцевої громади, яке зазнало впливу надзвичайних ситуацій, потрапило в умови відкритих бойових дій, має власні здібності, навички, ресурси й можливості. Тому ігнорування цього і фокусування лише на нестачі чогось є поширеною помилкою [8].

Резилієнс, тобто здатність до відновлення, не виключає того, що люди можуть переживати посттравматичний стресовий розлад чи мати інші проблеми психічного здоров'я, але робота із проблемами психічного здоров'я має відбуватися лише в рамках застосування моделі розв'язання проблеми клієнта, тобто комплексного надання соціальних послуг із соціальної реабілітації. Наприклад, лікування тяжких розладів, включно із ПТСР, мають забезпечувати підготовлені фахівці.

У міжнародній практиці з 1980-х років збільшилася кількість програм, спрямованих на задоволення психологічних і соціальних потреб постраждалого внаслідок надзвичайних ситуацій населення. У результаті з'явилося поняття *психосоціальний*, яке широко застосовують фахівці організацій, що працюють із населенням, яке зазнало впливу надзвичайних ситуацій. Однак, на думку Дж. Вільямсона, цей термін не має буквального перекладу мовами більшості спільнот, що зазнали впливу збройного конфлікту, і його застосування залишає в нефахівця відчуття відчуженості та, можливо, страху [10]. Тому його можна вико-

ристовувати лише як робоче визначення, яке застосовують на рівні практики і яким позначають увесь комплекс інтервенцій, спрямованих на подолання наслідків надзвичайних ситуацій. Отже, не варто говорити й про *психосоціальні програми* та стратегії втручання в надзвичайних ситуаціях, оскільки відособлення психосоціальних програм зазвичай зумовлює відокремлення психічних і емоційних проблем від фізичних і матеріальних. Адже всі разом фізичні, соціальні та психологічні фактори впливають на те, чи з'являються в людей психологічні проблеми, проблеми із психічним здоров'ям, чи вони виявляють резилієнс, перебуваючи в несприятливих обставинах.

У соціальній роботі реагування в надзвичайних ситуаціях у громаді відбувається водночас у межах двох основних комплексних підходів, якими є:

- *гуманітарний*, тобто пов'язаний з екстремим і невідкладним реагуванням на перших етапах надзвичайних ситуацій і стосується переважно задоволення базових потреб, захисту осіб, які зазнали впливу надзвичайних ситуацій, організації та надання їм гуманітарної допомоги тощо;
- *орієнтований на розвиток*, що стосується подальших етапів надзвичайних ситуацій і пов'язаний з розвитком людини, родини, громади, залученням ресурсів для посилення відновлюваних можливостей (резилієнс) тощо.

Як зазначають Н. Гусак, О. Бойко та їхні колеги [11], у межах цих двох підходів сформувалися основні стратегії соціальної роботи в умовах надзвичайних ситуацій, зокрема:

- стратегії для зміцнення людського потенціалу, які полягають у відновленні послуг із охорони здоров'я, створенні освітніх програм, центрів підтримки громад, реабілітаційних центрів, груп самодопомоги, проведенні тренінгів з лідерства та самоорганізації;
- стратегії відбудови громади і громадянського суспільства, що полягають у сприянні розвитку громади й місцевих організацій, примиренню та відновленню стосунків у громаді, допомозі родинам у відбудові їхнього житла та споруду-

дженні альтернативних місць проживання, залученні членів громади до відбудови та діяльності місцевих організацій, посиленні ролі місцевої громади і громадських організацій тощо;

- стратегії, які сприяють ініціативам з отримання прибутку і спрямовані на залучення місцевого населення до різних робіт із відновлення, створення організацій для відновлення інфраструктури, які працюють за принципом "робота за їжу"; створення громадського ринку та кредитних систем у громаді, забезпечення навчання для працевлаштування тощо.

З міжнародного досвіду відомо (Дж. П. Беррі, Д. Кокс), що для реалізації стратегій соціальної реабілітації мають бути розроблені конкретні програми, які впроваджують в надзвичайних ситуаціях у громадах державні й недержавні організації. Досвід різних країн світу дає підстави виокремити з-поміж них *загальні* та *спеціалізовані* [12, 13].

Загальні програми стосуються:

- *наявних умов* (представництво інтересів, аутріч-робота, гуманітарна допомога, охорона здоров'я, поліпшення умов життя);
- *попереднього досвіду людей* (консультування, реабілітація, підтримка, соціальні та рекреаційні програми);
- *ситуації в групі* (самодопомога, розвиток громад, побудова стосунків у громаді);
- *майбутніх потреб* (освіта, розвиток навичок і розбудова громад, формування наступних поколінь у місцях тимчасового перебування).

Спеціалізовані програми стосуються:

- *сім'ї та окремих її членів* (навчальні та психосоціальні програми для дітей, послуги для жінок та сімей, програми возз'єднання сімей, специфічні програми окремих країн);
- *специфічних потреб* (репатріація та реінтеграція, інтеграція, права людини, орієнтація в нормативному полі).

Діяльність соціальних працівників особливо важлива в роботі й упровадженні програм психосоціальної реабілітації, відновленні громади, діяльності з примирення та відновлення безпеки. Важливо, що при цьому можуть застосовуватися елементи як одного, так і іншого підходу (гуманітарного й орієнтованого на розвиток).

Ще одним аспектом соціальної роботи, який, на жаль, ще зовсім не представлений у вітчизняній практиці, є профілактична робота щодо забезпечення безпеки функціонування об'єктів критично важливої інфраструктури на території громади. Міські, селищні або сільські громади у своїй життєдіяльності мають ураховувати можливості протидії небезпекам різних рівнів і забезпечення життєстійкості об'єктів критичної інфраструктури, які, у свою чергу, мають забезпечити виживання населення в екстремальних умовах.

До критично важливої інфраструктури відносять об'єкти, мережі, служби та системи, збій у роботі яких у будь-якому випадку позначиться на здоров'ї, безпеці та добробуті жителів громади. Це гідро-, тепло- та атомні електростанції, підприємства з виробництва хімічної продукції, високотехнологічні військові об'єкти, птахофабрики, інші підприємства виробництва, позаштатні ситуації на яких можуть призвести до серйозних наслідків для здоров'я та суттєвого зниження якості життя населення регіону. До критично важливої інфраструктури також відносять медичні заклади (зокрема лікарні), які мають в умовах стихійних лих, епідемій, бойових дій тощо продовжувати надавати масову невідкладну допомогу жителям територіальної громади. Саме тому такі об'єкти мають бути забезпечені не тільки відповідними державним контролем і охороною, але й свідомою самоорганізованою турботою з боку державних і недержавних організацій, які надають соціальні послуги. Зокрема, такі об'єкти мають стати важливим фактором забезпечення з боку місцевої громади.

Зазвичай розрізняють такі групи об'єктів критичної інфраструктури:

- власне інфраструктура, необхідна для розв'язання завдань забезпечення національної безпеки;

- об'єкти, безпосередньо не задіяні при розв'язанні завдань забезпечення національної безпеки, але необхідні для забезпечення функціонування інфраструктури розв'язання цих завдань;
- об'єкти, необхідні для розв'язання національних завдань, виведення з ладу яких матиме послаблюючий ефект для безпеки й економічного добробуту або які можуть дати негативний ефект для національного престижу, моралі й довіри [14, 19].

Наприклад, у США основними елементами національного Плану захисту критичної інфраструктури є:

- усебічний підхід, який об'єднує різні структури влади, можливості й ресурси країни, регіону, окремої місцевості, зокрема й залучення організацій, що надають соціальні послуги;
- комплексне і достовірне оцінювання стану інфраструктури держави, що не тільки дозволяє розставити пріоритети при організації її захисту, але й уможливорює вживання заходів у відповідь і відновлення пошкоджень;
- організація і координація партнерства на всіх рівнях, від державного до приватного сектору, зокрема й організація волонтерів з ресурсів усіх структур, підприємств, незайнятого населення, релігійних організацій тощо;
- інтеграція в посиленні захисту фізичних об'єктів, кіберпростору і населення;
- використання складних методологій аналізу та моделювання при розробці, а також підвищення уваги до ефективності у протидії руйнувань у всіх контекстах [14, 33].

Цей план діє також для визначення пріоритетності соціально-демографічних груп в організації заходів запобігання та безпеки у кризових ситуаціях, тобто існують у кожному регіоні конкретно визначені групи населення, які потребують заходів першочергової евакуації, допомоги, підтримки (діти, хворі, що перебувають у шпиталях, люди з інвалідністю та ін.).

У вітчизняній практиці відомі масштабні самоорганізаційні заходи щодо підтримки людей у екстремальних ситуаціях і захисту об'єктів критичної інфраструктури (події на Майдані 2013–2014 рр., війна на Сході України, ліквідація наслідків вибухів на військових складах у Калинівці, Балаклії, Ічні), проте системної соціальної роботи в цьому напрямі, протоколів і професійних стандартів діяльності соціальних працівників у таких ситуаціях поки що не створено.

На актуальність ще однієї технології, що забезпечує створення середовища відновлення у територіальній громаді, звертають увагу О. Чуйко та В. Шкуро [15], на думку яких розвиток і підтримка соціального підприємництва в територіальній громаді є одним із ключових факторів створення середовища відновлення для осіб, що перебувають у процесі соціальної реабілітації.

Як наголошують автори, мета соціального підприємництва – вести бізнес та одночасно досягати соціальних цілей. Соціальне підприємництво знижує рівень безробіття та підвищує продуктивність праці окремих осіб і ресурсів, а отже, збільшується дохід членів громади, рівень її соціального благополуччя. Якщо підприємець вдало визначає ресурси, наявні можливості та проблеми, знаходить інноваційні розв'язання соціальних і екологічних проблем, то загалом він забезпечує контекст для сталого розвитку територіальної громади.

Надзвичайно важливою складовою успішного соціального підприємства є залучення до діяльності представників громади. У цьому випадку всі суб'єкти громади отримують відповідні зиски й економічні та соціальні вигоди.

Перевагами для місцевої громади стають виникнення та підтримка гідності населення як членів саме цієї громади, яка є успішною та привабливою для життя, почуття єдності та підвищення якості життя; отримання соціальних або інших послуг, які поліпшують якість життя своїх користувачів; забезпечення можливостей для освіти, навчання та працевлаштування для людей, які перебувають у не вигідному становищі на ринку праці; створення можливості для волонтерства, використання наявних навичок і досвіду або розвитку нових; розв'язання актуаль-

них соціальних проблем і подолання негативних соціальних явищ і, як результат, зменшення соціального навантаження на громаду; створення додаткових робочих місць у громаді.

Для соціального підприємця перевагами стають упевненість, що підприємницька діяльність задовольняє потреби територіальної громади, має її підтримку та не завдає несприятливих наслідків, адже громада частково може виступати як аудитор якості діяльності підприємця; нові ідеї та можливості для розвитку; допомога в пошуках нових партнерів і можливостей співпраці; ресурсність громади щодо пошуку працівників, які можуть принести нові навички, знання та досвід.

Для соціального підприємства як організації перевагами у співпраці з територіальною громадою є демонстрація відкритості до громади і готовність відповідати на її запити; створення зв'язку між громадою та підприємством; використання соціального капіталу як ресурсу громади, який визначає і створює нову підтримку, навички й досвід, що можуть бути використані підприємством для свого розвитку.

8.3. Кадрове забезпечення створення середовища відновлення в територіальній громаді

У сучасному швидкоплинному світі, коли стають незатребуваними професії, навіть цілі галузі виробництва, а з іншого боку, виникають нові соціальні явища, що вимагають теоретичного пояснення з боку фундаментальних наук і технологічного забезпечення їх існування або подолання, соціальна робота і як сфера наукового пошуку, і як практична професійна діяльність не полишає авангарду соціально значущих напрямів професійної діяльності. Прикладний характер соціальної реабілітації оберігає цю стратегічну для будь-якого суспільства сферу від консервації в уже існуючих межах, надихаючи фахівців на розвідки в нових напрямках, які виникають як у фундаментальних науках, так і в міждисциплінарному просторі. Таким чином зберігається поліпарадигмальний характер теоретичної та практичної підготовки соціальних працівників.

Необхідно підкреслити, що з погляду визначення основних підходів до підготовки фахівців із соціальної роботи вже досить давно сформувалися так звані "класичні" напрями, що уможливають теоретичне забезпечення ефективної побудови ланцюжка від *пояснювальної концепції* через проєктування *перспективи* до побудови *моделі*, що сприяє розв'язанню практичної задачі. Ці "класичні" напрями є теоретичними полями, що розвиваються в межах відповідних наук і підживлюються новими концептами. Саме вони становлять кістяк, основу для збереження соціальної роботи як прикладної науки від профанних вторгнень з боку недобросовісних дослідників і бюрократії.

Визначені напрями соціальної роботи у громаді сьогодні доповнюються новими концептами та розвідками полідисциплінарного характеру, створюючи умови для появи не тільки нових підходів до розв'язання проблем окремого клієнта чи групи, а й спеціалізацій та сценаріїв професійних ролей у практичній діяльності соціального працівника. Отже, соціальна робота як галузь наукових і технологічних пошуків опинилась перед вибором ефективного шляху розвитку, що, у свою чергу, породжує серед наших фахівців численні дискусії щодо напрямів, за якими необхідно здійснювати реформування вітчизняних програм, проєктів, освітніх стандартів, навчальних планів тощо. Саме сьогодні, у важкі часи протистояння зовнішній агресії та втрати контролю над частиною територій, з'явилися нові категорії осіб, яким україні необхідно забезпечити надання якісних соціальних послуг, – вимушено переміщені особи, постраждалі від бойових дій як серед мирного населення, так і серед військових, а також ті, що отримали ускладнення від захворювання коронавірусною інфекцією або втратили годувальників, наприклад у сім'ях лікарів та вчителів середньої школи, що померли під час виконання службових обов'язків у період пандемії. Отже, професія фахівця із соціальної роботи, зокрема у громаді, сьогодні є однією з найактуальніших серед професій соціальної сфери [16].

Як показує досвід провідних країн, де система соціального забезпечення та соціальних послуг має солідний бекграунд, підготовка фахівців за спеціальністю "соціальна робота у громаді" здійснюється за цілим переліком *спеціалізацій*, які сформували-

ся внаслідок актуалізації та специфікації компетентностей соціальних працівників у певні періоди становлення соціальної роботи як теоретичного поля для наукового пошуку, так і професійного інституту. Але в першу чергу такі спеціалізації стали затребуваними в місцевих громадах, навіть у сільських, і забезпечують потреби в різних за характером соціальних послугах, зокрема спрямованих на реабілітаційні практики. Серед таких спеціалізацій можна назвати:

- соціальний працівник-етнолог, який упроваджує в поліетнічній громаді практики медіації та культурної інтеграції, долаючи міжетнічні конфліктні відносини;
- соціальний працівник-геронтолог, який забезпечує реабілітаційні практики підтримки якості життя та запобігання появі ментальних порушень на більш ранніх етапах у членів громади похилого віку, що актуальні сьогодні в сільській місцевості;
- соціальний юрист, який забезпечує надання допомоги людям, що постраждали внаслідок торгівлі людьми, від домашнього насилля, вимушеної зміни місця проживання, біженцям тощо;
- соціальний працівник-еколог для будь-якої громади в сучасній Україні стає у авангарді просвітницької діяльності й активізації ресурсів громади у створенні позитивних екологічних перспектив і практик;
- соціальний працівник-валеолог, просвітницька діяльність якого спрямована на формування практик здорового образу життя у громаді;
- соціальний аніматор, діяльність якого спрямована на мобілізацію спільноти до соціальної активності, формування соціокультурних практик громади для подолання негативних соціальних явищ, солідарності й організації дозвіллевих практик;
- соціальний інспектор, діяльність якого регламентує законодавство і визначає його контрольну функцію.

Вужчі спеціалізації – спеціалісти з роботи з біженцями (а також вимушено переміщеними особами), людьми з інвалідністю, групами ризику, медичні соціальні працівники, що надають освітні та реабілітаційні послуги із запобігання поширенню соціально-небезпечних хвороб, нарко- та алкозалежностей тощо, також належать до сфери соціальної реабілітації й відновлення.

Кожна зі згаданих спеціалізацій вимагає глибокого й усебічного вивчення її предмета, тренінгу відповідних фахових компетентностей тощо, і підготовка за ними чітко окреслена межами спеціалізації. Також важливим є фактор особистісної спрямованості соціального працівника і його мотивації щодо обраної спеціалізації.

Навіть у вітчизняній практиці вже окреслилися такі *сценарії професійних ролей соціального працівника* у громаді:

- установа і визначення клієнтів (груп осіб, які переживають труднощі або перебувають у стані ризику);
- оцінювання інформації та проблеми клієнта;
- класифікація й аналіз інформації про клієнта та допомога йому у прийнятті ефективного рішення;
- брокерські послуги – направлення клієнта у відповідні служби і допомога йому в користуванні потенціалом різних соціальних служб;
- медіація в розв'язанні конфліктних ситуацій і зняття напруги між людьми;
- мобілізація зусиль волонтерів у розв'язанні соціальних проблем різного характеру;
- соціальна адвокатура;
- освітня діяльність у сфері формальної та неформальної освіти дорослих;
- корекція поведінки клієнта в різних умовах;
- проєктування соціальних спільнот різних формацій;
- консалтинг у соціальній політиці та соціальній сфері;
- адміністрування послуг і організацій [17].

Кожен із таких сценаріїв з'явився внаслідок природного професійного відбору у практичному середовищі за критеріями

професійно придатних рис особистості та потреб громади. Придатність до виконання того чи іншого сценарію професійних ролей можна фіксувати у соціальних працівників ще на етапі навчання, що допомагає зберегти і посилити їхню мотивацію до професійної діяльності.

Згадані спеціалізації та сценарії професійних ролей соціальних працівників у громаді відповідають актуальним запитам практичної соціальної роботи в Україні, а узгодження вітчизняного стандарту підготовки соціальних працівників зі згаданими спеціалізаціями не мають викликати пересторог у фахівців. Усе це необхідно зараз для розширення спроможності конкретної громади долати негативні соціальні явища і створювати умови для поліпшення якості життя.

З огляду на системний характер підготовки кадрів для роботи в територіальній громаді варто звернути увагу на саму професійну позицію соціального працівника, яка зачіпає інтереси всіх членів громади, що безпосередньо позначається на забезпеченні соціального захисту громадян, виконанні програм соціальної політики громади, реалізації законних інтересів її членів.

На думку Т. Базарової, соціальний працівник має поєднувати багато іноді суперечливих вимог, які покладені на нього професією. Це стає джерелом численних ціннісних дилем і суперечностей у професійній діяльності. Однією із центральних суперечностей для соціального працівника є необхідність бути інструментом одночасно і соціального контролю, і соціальних змін на шляху до соціальної реабілітації клієнта [18, с. 154].

Також соціальний працівник часто зустрічається з важко розв'язуваними суперечностями між інтересами особистості та громади. Йому доводиться шукати баланс між заохоченням самореалізації клієнта й обмеженням його свободи в контексті соціальної відповідальності, терпимістю (поблажливістю) і примусом, формальним обов'язком перед бюрократичною системою і потребою клієнта в тій чи іншій допомозі, правами дітей і батьків, чоловіка і дружини. Одна зі старих дилем, що стоять перед соціальним працівником, як зазначають А. Вербицький та М. Іл'язова, – як полегшити тягар соціально депривованих груп населення, але при цьому уникнути соціального утримання, нада-

вати допомогу, не забуваючи принципів опори на самого себе [19, с. 64].

Соціальні працівники пропонують людям допомогу у зв'язку зі складними моральними, психологічними питаннями і труднощами, переплетеними із соціально-економічними, правовими реаліями їхнього життя і діяльності у громаді. Вони виступають одночасно трансляторами норм та їх реформаторами, розширюючи рамки толерантності щодо тих, хто не відповідає загальноприйнятій соціальної нормі. Багато із цих діагностичних висновків є етичними судженнями, що оцінюють особистість, поведінку, міжособистісні відносини. Очевидно, що формувати професіоналізм соціальних працівників, які працюють із територіальною громадою, потрібно через розвиток критичного мислення, самостійності й відповідальності. Зміст і спрямованість професійних дій соціального працівника у громаді слід розглядати в системі ціннісних координат, найважливішими елементами якої є обумовленість взаємодії гуманістичними цінностями.

Список використаних джерел

1. Про добровільне об'єднання територіальних громад : Закон України від 2015, поточна редакція від 14.05.2020 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-19#Text>
2. Dominelli L. Anti-oppressive practice in context [Electronic resource] / L. Dominelli ; in R. Adams, L. Dominelli, M. Payne (eds) // *Social Work: Themes, Issues and Critical Debates*. – 2nd edn. – Basingstoke : Palgrave, 2002. – Access mode : https://www.researchgate.net/publication/228666703_Anti-Oppressive_Research_in_Social_Work_A_Preliminary_Definition
3. Пейн М. Социальная работа: современная теория : учеб. пособие / М. Пейн ; под ред. Дж. Камплинга ; пер. с англ. О. В. Бойко, Б. Н. Мотенко. – М. : Изд. центр "Академия", 2007.
4. Fook J. *Social Work: Critical Theory and Practice* / J. Fook. – London : Sage, 2002.
5. Davies M. *The Essential Social Worker: a Guide to Positive Practice* / M. Davies. – 3rd edn. – Aldershot : Arena, 1994.
6. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>
7. Офіційний сайт БО "Світло надії" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.lighttohope.com.ua/history>

8. Facilitator Guide MHPSS in Complex Emergencies Training Course. Psychological First Aid: Training materials. – 2016.
9. Bonanno G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? / George Bonanno // *American Psychologist*. – 2004. – Vol. 59, Issue 1. – P. 20–28.
10. Williamson J. Psychosocial interventions, or integrated programming for well-being? / J. Williamson, M. Robinson // *Interventions*. – 2006. – Vol. 4, № 1. – P. 4–25.
11. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : посіб. з проведення тренінгу / Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін та ін. ; за заг. ред. Н. Гусак / Нац. ун-т "Києво-Могилянська акад.". – К. : НаУКМА, 2017.
12. De Berry J. P. Forced Displacement in Europe and Central Asia [Electronic resource] / J. P. Berry de, B. Petrini. – The World Bank, 2011. – Access mode : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26879/658830WP00PUBL05736B0FD0LJ0final0aa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Cox D. The Field of Displacement and Forced Migration: Programs and Strategies / D. Cox, M. Pawar // *International Social Work: Issues, Strategies, and Programs*. – London : SAGE, 2006. – P. 291–323.
14. Організаційні та правові аспекти забезпечення безпеки і стійкості критичної інфраструктури України : аналіт. доп. / Д. Г. Бобро, С. П. Іванюта, С. І. Кондратов, О. М. Суходоля ; за заг. ред. О. М. Суходолі. – К. : НІСД, 2019.
15. Чуйко О. Еколого-орієнтоване соціальне підприємництво у громаді : навч.-метод. посіб. [Електронний ресурс] / О. Чуйко, В. Шкуро. – К., 2020. – Режим доступу : http://zelena.org.ua/sites/default/files/ekologo_oryentovane_pidpryyemnyctvo.pdf?fbclid=IwAR29GQn67Fa4QagYJ4RjYQX6xfQlpDyOpR5UkOeWL3M7OaykEt7L_yc3MV0
16. Наместникова И. В. Социальная работа как профессия / И. В. Наместникова // *Социологическая энциклопедия: в 2 т. / Нац. общ. фонд ; рук. науч. проекта Г. Ю. Семигин ; глав. ред. В. Н. Иванов. – М. : Мысль, 2003. – Т. 2 – С. 463–464.*
17. Литва Л. А. Деякі питання професійного становлення соціального працівника / Л. А. Литва // *Соціалізація і ресоціалізація особистості в умовах сучасного суспільства : матер. V Міжнар. наук.-практ. конф., 11-12 листопада 2016 р. / за ред. О. І. Власової, Я. Г. Невідової, Н. М. Дембицької. – К. : Віваріо, 2016. – С. 78–80.*
18. Базарова Т. С. Система научно-методического обеспечения профессиональной подготовки социального работника / Т. С. Базарова // *Вестн. БГУ. Сер. Психология. Социальная работа. – 2010. – Вып. 5. – С. 151–161.*
19. Вербицкий А. А. Инварианты профессионализма: проблемы формирования : монография / А. А. Вербицкий, М. Д. Ильязова. – М. : Логос, 2011.

ЧАСТИНА III

СОЦІАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПРАКТИКИ В РОБОТІ З ДІТЬМИ ТА ДОРΟΣЛИМИ

Розділ 9

СОЦІАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПРАКТИКИ ДЛЯ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

У розділі проаналізовано особливості державної соціальної політики щодо функціонування та створення соціально-реабілітаційних практик для дітей в Україні. Розглянуто методологічні засади соціальної реабілітації дітей. Представлено такі фундаментальні принципи і ключові підходи в роботі з дітьми та батьками, які перебувають у складних життєвих обставинах, як дії в найкращих інтересах дитини, сімейно-орієнтований підхід, участь дитини та її батьків у житті суспільства, комплексність, інтеграція та взаємодія надавачів послуг під час ведення випадку, міждисциплінарний, міжвідомчий підходи, орієнтація й опора на сильні сторони клієнта. Розроблено та запропоновано типологію існуючих соціально-реабілітаційних практик для дітей в Україні.

9.1. Реформа деінституціалізації в Україні: трансформація старої системи державної опіки над дітьми

Із 2006 року в Україні розпочався процес деінституціалізації дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, що передбачає комплекс дій з виведення дітей із державних закладів і забезпечення їх сімейними формами виховання. Деінституціалізація – це процес заміни системи інституційного догляду (в інтернатних закладах) на систему, яка забезпечує виховання дітей у сім'ї чи в умовах, максимально наближених до сімейних. Це не лише виведення дітей з інтернатів, але й розвиток підтримуючих послуг для дітей і сімей у громадах [10].

Загалом місія Міністерства соціальної політики України полягає у формуванні та реалізації державної соціальної політики, спрямованої на створення умов для інтеграції осіб з інвалідністю в суспільне життя, забезпечення прав та інтересів дітей, сприяння їхньому вихованню в сімейному середовищі, надання соціальної підтримки особам і сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах і самотійно не можуть їх подолати, забезпечення гідної старості, створення середовища рівних прав і можливостей для жінок і чоловіків [29].

Близько 600000 українських дітей проживають у сім'ях, які перебувають у складних життєвих обставинах і в яких домінують бідність, нехтування потребами дітей, домашнє насильство, низька обізнаність батьків стосовно безпечного догляду, виховання та розвитку дітей, алкогольна, наркотична залежності дорослих тощо [47]. Згідно з новим Законом України "Про соціальні послуги" складні життєві обставини – це обставини, що негативно впливають на життя, стан здоров'я та розвиток особи, функціонування сім'ї, які особа/сім'я не може подолати самотійно. Поряд із цим визначається поняття *вразливі групи населення*. Це особи/сім'ї, які мають найвищий ризик потрапляння у складні життєві обставини через вплив несприятливих зовнішніх та/або внутрішніх чинників [8].

Визначають такі категорії дітей, яких приймають до центрів соціально-психологічної реабілітації: діти, батьки яких мають матеріальні та соціальні проблеми (з низьким матеріальним забезпеченням або безробітні, не мають власної житлової площі); батьки яких зловживають психоактивними речовинами (алкоголь, наркотики); мають проблеми із правоохоронними органами; з неповних сімей або сімей, які перебувають у стані розлучення; батьки яких померли чи трагічно загинули; батьки яких тимчасово перебувають у лікарнях (через соматичні, психічні захворювання), у місцях позбавлення волі, інших закладах; втратили фактичну опіку родичів (напр. через погіршення стану здоров'я бабусь, дідусів); діти психічно хворих батьків, які через свій стан не можуть здійснювати догляд за дитиною; які зазнали насильства в сім'ї; підлітки, які залишили домівки через конфлікти з батьками або родичами та тривалий час проживають на вулиці, тощо [10].

Станом на 2019 рік в Україні понад 160000 дітей перебувало в різних формах альтернативного догляду [21]. Це діти, які з різних причин росли не у своїх рідних сім'ях. Найчастіше діти залишаються поза межами сімейного оточення та можуть потрапляти до притулків і центрів соціально-психологічної реабілітації тоді, коли їхні батьки тимчасово або повністю перестають виконувати батьківські обов'язки або їхня поведінка спричиняє загрозу життю та здоров'ю дитини. У ситуації несприятливих умов соціалізації дитина тоді, коли найбільше за все потребує підтримки та захищеності з боку близьких людей, має пристосуватися до нової соціальної ситуації, яка обумовлює виникнення напруження та посилює інтенсивність переживань.

Відповідно до Закону України "Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей" координацію роботи всіх органів виконавчої влади у розв'язанні питань соціального захисту дітей і організацію роботи із запобігання дитячій бездоглядності здійснюють служби у справах дітей [5].

В Україні триває реформа децентралізації, в умовах якої саме територіальні громади мають узяти на себе відповідальність за безпеку, благополуччя, добробут дітей, своєчасну підтримку вразливих сімей з дітьми. Важливим кроком є те, що повноваження у сфері соціальних послуг передають громадам, які максимально наближені до одержувачів цих послуг. Проте, за даними Уповноваженого Президента України з прав дитини Миколи Кулеби, на підставі моніторингу системи інтернатних закладів у межах реалізації Національної стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки (наведеного на сайті "Моніторингова платформа ДІ") станом на 1.01.2020 року саме відсутність достатнього розвитку у громадах освітніх, медичних, соціальних послуг стримує реформу деінституціалізації.

На державному рівні для допомоги дітям, які перебувають у складних життєвих обставинах чи інших ситуаціях уразливості, існують як інституційні, так і альтернативні форми соціально-реабілітаційних практик. При цьому вектор соціальної політики України спрямований на збільшення кількості саме альтернати-

вних практик відновлення і підтримки дітей, які перебувають у несприятливих умовах соціалізації.

До законодавчих документів з питань захисту прав дітей закладено один з найважливіших принципів, а саме створення умов для реалізації права кожної дитини на виховання в сім'ї. Це означає, що здійснюючи соціальну роботу з дітьми та сім'ями, які перебувають у складних життєвих обставинах, фахівці мають керуватися ключовими переконаннями сімейно-орієнтованого підходу про те, що в інтересах дитини є виховуватися в біологічній сім'ї, а найкращим способом допомоги дитині є підтримка її сім'ї. За обставин (загроза життю та здоров'ю дитини в сім'ї, неможливість батьків здійснювати належний догляд за дитиною тощо), які потребують тимчасового роз'єднання дитини з біологічною сім'єю, при визначенні місця її влаштування фахівці мають надавати пріоритет сім'ї її родичів/знайомих чи сім'ї патронатних вихователів. Лише за відсутності такої можливості необхідно розглядати питання про тимчасове влаштування дитини до центру соціально-психологічної реабілітації дітей. Якщо результати роботи з батьками (чи іншими особами, які їх замінюють) і дитиною засвідчують доцільність позбавлення батьківських прав, то потрібно в найкоротший термін знайти для дитини іншу сім'ю, а саме одну із сімейних форм виховання (усиновлення, опіку/піклування, прийомну сім'ю чи дитячий будинок сімейного типу).

9.2. Методологічні засади соціальної реабілітації дітей

На сьогодні поняття *соціальна реабілітація* активно використовують як практики, так і науковці. Узагальнене визначення цього поняття подано в українській енциклопедії для фахівців соціальної сфери, де соціальна реабілітація розуміється як процес, спрямований на відновлення соціального досвіду та встановлення соціальних зв'язків, норм поведінки, спілкування, емоційної стабільності, активного соціального життя, поновлення соціального статусу, інтеграцію у відкритий соціум, розширення

та поглиблення соціальних контактів, входження в культуру, відновлення професійних якостей і навичок, соціального досвіду і соціальних функцій, психічного, фізичного і духовного (морального) здоров'я дезадаптованих осіб [2]. На думку дослідниці Н. Є. Гусак, важливим у такому розумінні є те, що соціальна реабілітація може стосуватися кожної людини, а будь-яка робота, спрямована на надання соціальних послуг, є частиною процесу соціальної реабілітації, оскільки має за мету забезпечення оптимального функціонування людини у суспільстві [1].

Загалом соціальна реабілітація як процес передбачає комплексну, багаторівневу, поетапну і динамічну систему взаємопов'язаних дій, спрямовану на відновлення дитини у правах, статусі, здоров'ї, дієздатності у власних очах і перед обличчям оточуючих. Метою соціальної реабілітації є повернення особистості до суспільно корисної діяльності, формування позитивного ставлення до життя, праці, навчання; зведення поведінки у відповідність до загальноприйнятих суспільних правил і норм. Основні правила соціальної реабілітації передбачають здійснення реабілітаційних заходів на початку виникнення проблеми особистості; неперервність і постійність їх проведення; комплексний характер реабілітаційних програм; індивідуальний підхід до визначення обсягу, характеру та змісту реабілітаційних заходів.

З погляду дослідниці О. В. Чуйко, показниками ефективності соціальної реабілітації можуть служити такі індикатори, як успішна адаптація індивіда до умов сімейного і цивільного життя, успішне працевлаштування, нерозповсюдження девіантних і адиктивних форм поведінки, зокрема алкоголізму, наркоманії, злочинності, дитячої безпритульності [45].

Міжнародний досвід соціальної роботи засвідчує, що першочерговим завданням діяльності соціальних працівників / фахівців із соціальної роботи є створення умов для збереження сім'ї для дитини. Ідея збереження сім'ї як основного інституту успішної, позитивної соціалізації дитини як особистості має стати найважливішою частиною загальнонаціональної ідеї, спроможної консолідувати суспільство, стимулювати його відродження [41].

У Постанові Ради Європи щодо прав дітей і розвитку соціальних послуг, дружніх до дітей та сімей, наголошено на фундаментальних принципах, яких мають дотримуватись уряди, розвиваючи послуги для дітей та сімей [46]:

- дії в найкращих інтересах дитини;
- сімейно-орієнтований підхід;
- участь дитини та її батьків у житті суспільства;
- комплексність, інтеграція та взаємодія надавачів послуг під час ведення випадку.

Відповідно до Закону України "Про охорону дитинства" забезпечення найкращих інтересів дитини – це дії та рішення, що спрямовані на задоволення індивідуальних потреб дитини відповідно до її віку, статі, стану здоров'я, особливостей розвитку, життєвого досвіду, родинної, культурної й етнічної належності й ураховують думку дитини, якщо вона досягла такого віку і рівня розвитку, що може її висловити [6].

Забезпечення найкращих інтересів дитини передбачає два основні положення: 1) збереження цілісності сім'ї й утримання від вилучення дитини з неї; 2) за умови, якщо дитина все ж таки вилучена із сім'ї, треба забезпечити їй подальший догляд/опіку, що сприятиме її гармонійному розвитку, у сімейних формах виховання. Отже, для найкращого забезпечення інтересів дитини всі зусилля слід насамперед спрямовувати на те, щоб вона виховувалася в біологічній здоровій сім'ї. Для цього держава має забезпечити сім'ям доступ до всіх необхідних послуг, які б підтримували їх у виконанні батьківських обов'язків. Особлива увага має приділятися вразливим сім'ям з дітьми (ідеться про різнобічну підтримку сімей з дітьми, зокрема й активізацію їхньої життєвої позиції, ініціативності, партнерської взаємодії із фахівцями соціальної сфери). Таким чином, забезпечення найкращих інтересів дитини означає, що в усіх діях і рішеннях стосовно дитини мають бути враховані її індивідуальні потреби, вікові особливості, соціальна ситуація тощо.

Сімейно-орієнтований підхід – це підхід до організації соціальної роботи, який передбачає, що найбільш ефективним способом надання допомоги дітям є зміцнення і підтримка їхніх ро-

дин таким чином, щоб сім'ї могли самостійно та безпечно здійснювати догляд за дітьми. Сімейно-орієнтований підхід передбачає забезпечення найкращих інтересів дитини; посилення співпраці із сім'ями; формування батьківської компетентності; створення у громадах безпечних і комфортних умов для зростання дітей і зміцнення сімей; раннє виявлення сімей з дітьми, які потребують підтримки, шляхом використання технології оцінювання потреб дитини та її сім'ї; розвиток послуг і сімейних форм виховання. Цінностями сімейно-орієнтованого підходу є визнання унікальності кожної сім'ї, особистості; повага до прав членів сім'ї жити відповідно до своєї культурної спадщини, ідентичності; право сім'ї на самовизначення [40].

Саме застосування сімейно-орієнтованого підходу забезпечує захист дитини з мінімальним втручанням у справи сім'ї та мінімальним обмеженням батьківських прав; залучаються всі ресурси для того, щоб захистити дітей і водночас підтримати сім'ї, у яких вони проживають, надати родинам усі можливості для належного виконання ними своїх обов'язків щодо догляду за дітьми та їхнього захисту [40]. Отже, найбільш ефективним способом надання допомоги дітям є зміцнення і підтримування їхніх сімей таким чином, щоб члени сім'ї могли самостійно забезпечити безпеку дитини і догляд за нею.

Сімейно-орієнтований підхід не обмежується межами лише біологічної сім'ї. Головне завдання – гарантувати безпечне проживання дитини у стабільній сім'ї незалежно від того, хто входить до її складу. Якщо возз'єднання з біологічною сім'єю виявляється неможливим (з огляду на безпеку дитини), то важливо в короткий термін знайти для дитини іншу постійну сім'ю, належним чином підготувавши її членів до появи дитини. Саме тому працівники соціальної сфери мають сприяти розвитку альтернативних сімейних форм виховання у своїх громадах, підтримувати сім'ї опікунів, піклувальників, усиновлювачів, прийомні сім'ї, дитячі будинки сімейного типу тощо.

Для ефективної допомоги сім'ям з дітьми важлива їхня участь як активних суб'єктів щодо власного життя та життя суспільства. Сучасний підхід до соціальної роботи і процесу соціальної

реабілітації клієнтів ґрунтується на уявленні про те, що процес і результати такої діяльності стають успішними й результативними, якщо здійснюються за бажанням, участю самого одержувача послуг (об'єкта) і за підтримки його найближчого оточення. Отже, одним із основних завдань соціального працівника/фахівця із соціальної роботи є наснаження та спонукування вразливої сім'ї чи тієї, яка потрапила у скрутні життєві обставини, до активної співпраці та продуктивної взаємодії в розв'язанні її проблем.

Право на участь виражається насамперед у праві кожної дитини на вільне висловлювання особистої думки, формування власних поглядів, отримання інформації, що відповідає її віку, а також можливості особисто звернутися до органу опіки та піклування, служби у справах дітей, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, інших уповноважених органів за захистом своїх прав, свобод і законних інтересів, що передбачено в Законі України "Про охорону дитинства" [6].

Участь дитини в житті суспільства – це членство в дитячих громадських організаціях (таке право надається дитині із шестирічного віку) чи створення таких організацій (із чотирнадцяти років); участь у діяльності органів учнівського самоврядування, соціально значущих проєктах, акціях, програмах тощо. Виокремлюють такі рівні участі дітей: сім'ї; загальноосвітнього чи позашкільного навчального закладу, дитячого громадського об'єднання; місцевий рівень (громади, району міста, села); районний, обласний, регіональний; державний; міжнародний рівень [41].

Для успішної реалізації права дитини на участь необхідні відповідне ставлення та реагування на дитину всіх дорослих, насамперед батьків. Загалом соціальним працівникам / фахівцям із соціальної роботи доцільно шукати і відпрацьовувати способи, форми забезпечення участі як дітей, так і їхніх батьків чи інших осіб, які їх замінюють, у процесі оцінювання потреб, індивідуального планування роботи з ними.

Для комплексної підтримки сімей з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах, інших ситуаціях уразливості, узгоджених дій усіх надавачів послуг, ефективного використання ресурсів доцільно застосовувати інтегрований підхід, відпо-

відно до якого суб'єкти соціальної роботи громади мають виробити та прийняти спільні стратегічні цілі. Такими цілями можуть бути гарантування безпечного та сприятливого середовища для реалізації потенціалу кожного члена громади, створення дружнього та сприятливого середовища для сімей і дітей тощо. У цьому сенсі доцільно розуміти, що процес соціальної реабілітації дітей та робота з їхніми сім'ями завжди супроводжуються застосуванням міждисциплінарного та міжвідомчого підходів. Міждисциплінарний підхід – це взаємодія групи фахівців різних спеціальностей, однодумців, об'єднаних спільними цілями. Зазвичай міждисциплінарна команда формується для ведення певного випадку, у якій експерти з різних галузей знань працюють за окремими планами та завданнями, спрямованими на досягнення спільної мети. Отже, міжвідомчий підхід відображує взаємодію державних організацій, що представляють різні відомства (галузі державного управління й установи, які їх обслуговують), а також представників неурядового сектору із зазначених питань.

У процесі соціальної реабілітації як дітей, так і дорослих дієвим практичним підходом є опора на сильні сторони клієнта. Орієнтація й опора на сильні сторони клієнта – це виявлення й активізація внутрішніх, зовнішніх ресурсів сім'ї та дітей (позитивних переконань, життєвих обставин тощо). У такому разі соціальна робота спрямована на позитивні риси, що є ефективним мотиваційним чинником до змін як для сім'ї, так і дітей, на противагу умовлянням, зовнішньому тиску та примусу [39].

Отже, ступінь уразливості сім'ї з дітьми, наявність складних життєвих обставин одержувача соціальних послуг визначаються за результатами оцінювання потреб особи, дитини та її сім'ї. Показником уразливості сім'ї є стан задоволення потреб дитини. Уразливість – це стан незахищеності сім'ї, зумовлений наявністю внутрішніх чи/та зовнішніх факторів ризику або появою нових, які порушують баланс і негативно впливають на стан задоволення потреб дитини. Відповідно саме визначення потреб дитини та її сім'ї сприятиме розумінню в диференціації соціальних послуг задля відновлення їхньої життєдіяльності в суспіль-

стві. При цьому соціальна реабілітація дитини можлива через оптимізацію її провідної діяльності й нормалізацію всієї системи відношень з оточуючими, передусім найближчим оточенням.

9.3. Різновиди соціально-реабілітаційних практик для дітей в Україні

За результатами аналізу нормативно-правової бази у сфері захисту прав та інтересів дітей нами здійснено моніторинг соціально-реабілітаційних практик для дітей, які перебували у складних життєвих обставинах чи інших ситуаціях уразливості, що існували в Україні станом на 2020 рік. Разом із цим запропоновано типологію зазначених практик залежно від *форми функціонування, особливостей клієнтської групи за соціальною проблематикою, правовим статусом дітей, специфіки окреслених задач*. Ми вбачаємо за доцільне таку диференціацію соціально-реабілітаційних практик для дітей: *альтернативні (сімейні, індивідуальні, заклади соціального захисту з умовами, наближеними до сімейних) та інституційні форми* (табл. 9.1). При визначенні альтернативної форми за основу брали такий зміст поняття *альтернативний догляд* – це форма неформального й формального догляду за дітьми, які з будь-яких причин і за будь-яких обставин не перебувають під цілодобовою опікою принаймні одного з батьків.

Ми поділили *альтернативні форми соціально-реабілітаційних практик* на:

- сімейні, до яких належать патронат, прийомна сім'я та дитячий будинок сімейного типу;
- індивідуальну, а саме наставництво;
- заклади соціального захисту з умовами, наближеними до сімейних, які представляють малі групові будинки, центри соціальної підтримки дітей та сімей.

До *інституційних форм соціально-реабілітаційних практик для дітей* належать:

- центри соціально-психологічної реабілітації дітей;

- центри соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді із функціональними обмеженнями;
- соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка);
- загальноосвітні школи та професійні училища соціальної реабілітації;
- навчально-реабілітаційні центри;
- центри медико-соціальної реабілітації дітей.

Таблиця 9.1

Типологія соціально-реабілітаційних практик для дітей в Україні

Альтернативні форми			Інституційні форми
Сімейні форми	Інди- відуальна форма	Заклади соціально- го захисту з умова- ми, наближеними до сімейних	
Патронат	Настав- ництво	Малі групові будин- ки (МГБ)	Центри соціально- психологічної реабілітації дітей
Прийомна сім'я (ПС)		Центри соціальної підтримки дітей та сімей	Центри соціально- психологічної реа- білітації дітей та молоді із функціо- нальними обме- женнями
Дитячі будинки сімейного типу (ДБСТ)			Соціально-реабі- літаційні центри (дитячі містечка)
			Загальноосвітні школи та профе- сійні училища со- ціальної реабілі- тації
			Навчально- реабілітаційні центри
	Центри медико-со- ціальної реабіліта- ції дітей		

Проаналізуємо зміст і цілі кожної представленої соціально-реабілітаційної практики із зазначенням цільової категорії дітей, окресленням соціально-реабілітаційних завдань і терміну надання допомоги дітям.

Сімейні форми альтернативних соціально-реабілітаційних практик для дітей. Серед сімейних соціально-реабілітаційних практик важливе місце займає *патронат*, оскільки патронат над дитиною – це тимчасовий догляд, виховання та реабілітація дитини в сім'ї патронатного вихователя на період подолання дитиною, її батьками або іншими законними представниками складних життєвих обставин. *Метою патронату* над дитиною є забезпечення захисту прав дитини, яка через складні життєві обставини тимчасово не може проживати разом із батьками / законними представниками, надання їй та її сім'ї послуг, спрямованих на повернення в сім'ю відповідно до найкращих інтересів дитини [23], тобто профілактика сирітства. Термін перебування дитини в сім'ї патронатного вихователя не може перевищувати трьох місяців і встановлюється органом опіки та піклування за результатами оцінювання рівня безпеки або потреб дитини та її сім'ї. Орган опіки та піклування за обставин, що обґрунтовують необхідність і доцільність перебування дитини в сім'ї патронатного вихователя понад зазначений термін, може прийняти рішення про продовження терміну перебування дитини в сім'ї патронатного вихователя не більш як до шести місяців відповідно до висновку міждисциплінарної команди.

Іншими формами тимчасової сімейної підтримки дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, є прийомна сім'я та дитячі будинки сімейного типу.

Прийомна сім'я – це сім'я або окрема особа, яка не перебуває у шлюбі, що добровільно за плату взяла на виховання та спільне проживання від одного до чотирьох дітей-сиріт і/або дітей, позбавлених батьківського піклування. *Метою утворення прийомної сім'ї* є забезпечення належних умов для зростання в сімейному оточенні дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, шляхом влаштування їх у сім'ї на виховання та спільне проживання [30].

У прийомні сім'ї насамперед влаштовують дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, які перебувають на первинному обліку на відповідній адміністративно-територіальній одиниці або перемістилися з тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях, Автономній Республіці Крим і м. Севастополі або району проведення антитерористичної операції.

Дитячий будинок сімейного типу – це окрема сім'я, що створюється за бажанням подружжя або окремої особи, яка не перебуває у шлюбі, які беруть на виховання та спільне проживання не менше п'яти дітей-сиріт і/або дітей, позбавлених батьківського піклування. Метою створення дитячого будинку сімейного типу є забезпечення належних умов для виховання в сімейному оточенні дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування [28].

До дитячого будинку сімейного типу передусім влаштовують дітей, які мають між собою родинні стосунки, за винятком випадків, коли за медичними показаннями або з інших причин їх не можна виховувати разом; перебувають на первинному обліку дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, на відповідній адміністративно-територіальній одиниці; перемістилися з тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях, Автономній Республіці Крим і м. Севастополі або району проведення антитерористичної операції.

Таким чином, прийомна сім'я та дитячий будинок сімейного типу – це форми тимчасової соціальної підтримки дітей, зазвичай до набуття ними повноліття, а в разі продовження навчання – до 23 років, яким держава делегує виховання в сімейній формі дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, тобто таких, які через різні складні життєві обставини втратили біологічну сім'ю, не мали можливості виховуватись у найближчому родинному оточенні й потребували підтримки з боку дорослих у процесі їхньої подальшої соціалізації.

Серед завдань прийомних батьків і батьків-вихователів дитячих будинків сімейного типу щодо виховання прийомних дітей та дітей-вихованців визначають такі: створення належних умов для всебічного розвитку дітей, одержання ними освіти, підготовки до самостійного життя та праці; захист права та інтересів

дітей; проведення щорічного медичного обстеження дітей і виконання рекомендацій лікарів-спеціалістів, а в разі виховання дітей з інвалідністю – забезпечення виконання індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю; сприяння встановленню контактів дітей, які виховуються у прийомній сім'ї, дитячому будинку сімейного типу, з кандидатами в усиновлювачі, яких направила служба у справах дітей; співпраця із соціальним працівником або фахівцем із соціальної роботи у ході здійснення соціального супроводження; забезпечення права дитини на свободу світогляду та віросповідання тощо.

Задля забезпечення фахової підтримки прийомних батьків і батьків-вихователів дитячих будинків сімейного типу, які фактично в сімейних умовах створюють *терапевтичне середовище* для відновлення, виховання й розвитку дітей, що мають психотравматичний досвід, порушену прихильність, депривацію, соціально-педагогічну занедбаність тощо, здійснюється постійне соціальне супроводження. Цей процес передбачає заходи, спрямовані на сприяння створенню прийомними батьками та батьками-вихователями належних умов функціонування прийомної сім'ї, дитячого будинку сімейного типу, зокрема й надання соціальних послуг (за потреби).

Важливою складовою соціально-реабілітаційної роботи є те, що прийомні діти та діти-вихованці зазначених сімейних форм мають право підтримувати особисті контакти з батьками та іншими родичами з біологічного чи колишнього прийомного оточення, крім випадків, коли це може заподіяти шкоду їхньому життю, здоров'ю та моральному вихованню. Форми такого спілкування визначають органи опіки та піклування за погодженням із прийомними батьками та батьками-вихователями й за участю соціальних працівників або фахівців із соціальної роботи, які здійснюють соціальне супроводження сімей.

Відповідно до законодавства прийомні діти у прийомній сім'ї та діти-вихованці у дитячому будинку сімейного типу виховуються до досягнення 18-літнього віку, а в разі продовження навчання в закладах загальної середньої освіти, за денною формою навчання в закладах професійної (професійно-технічної), фахової передвищої та вищої освіти – до 23 років або закінчення від-

повідних закладів освіти [25]. Таким чином, за визначених обставин між прийомними дітьми, дітьми-вихованцями та прийомними батьками, батьками-вихователями правові відносини припиняються, проте найчастіше близькі емоційні стосунки між ними залишаються на все життя, що є потужним ресурсом для дітей у дорослому житті.

Індивідуальна форма альтернативних соціально-реабілітаційних практик для дітей. Практична діяльність указує на недостатній ресурс існуючих сімейних форм виховання для забезпечення реалізації права кожної дитини на виховання в сім'ї. Протягом тривалого періоду розвитку сімейних форм улаштування дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, в Україні (понад 20 років) практика довела, що поза сімейними формами залишаються діти з інвалідністю, підліткового віку та з багатодітних сімей. Отже, наявні форми сімейного влаштування посиротілих дітей (усиновлення, опіка/піклування, прийомна сім'я, дитячий будинок сімейного типу) не готові були реалізувати право на зростання та виховання в сім'ї таких дітей. Тому актуальною стала потреба пошуку такої форми взаємодії, яка б забезпечила можливість дітям-сиротам і дітям, позбавленим батьківського піклування, мати за друга-порадника значущу, авторитетну людину з метою підготовки кожної дитини до самостійного життя. Протягом 2009–2016 років у Києві та Київській області громадською організацією "Одна надія" у співпраці зі Службою у справах дітей міста Києва та Київським міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді реалізовувався проєкт наставництва [44]. За результатами проєкту з 2016 року наставництво як індивідуальна форму підтримки та допомоги дитині, яка проживає у закладі, запроваджено в Україні на державному рівні.

Наставництво – добровільна безоплатна діяльність наставника з надання дитині, яка проживає у закладі для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, іншому закладі для дітей, індивідуальної підтримки та допомоги, насамперед у підготовці до самостійного життя. Метою наставництва є підготовка дитини до самостійного життя шляхом розвитку її фізичного, духовного та інтелектуального потенціалу, впевненості у власних силах, формування культурних і моральних цінностей [22].

До основних завдань наставництва належать визначення та розвиток здібностей дитини, сприяння реалізації її інтересів у професійному самовизначенні; надання дитині доступної інформації про її права та обов'язки; формування в дитини практичних навичок, спрямованих на адаптацію її до самостійного життя, зокрема щодо розв'язання побутових питань, розпорядження власним майном і коштами, отримання освітніх, соціальних, медичних, адміністративних та інших послуг; ознайомлення дитини із особливостями суспільного спілкування та подолання складних життєвих ситуацій; сприяння становленню дитини як відповідальної та успішної особистості; формування в дитини навичок здорового способу життя. Наставництво здійснюється в індивідуальній формі однією повнолітньою дієздатною особою над однією дитиною.

На нашу думку, саме альтернативні форми соціально-реабілітаційних практик для дітей в Україні є найбільш дієвими, як з погляду забезпечення принципу найкращих інтересів дітей, так і з урахуванням їхньої інноваційності й ефективності. З метою чіткої диференціації альтернативних сімейних форм та індивідуальної форми практик соціальної реабілітації для дітей пропонуємо їх порівняльну характеристику (табл. 9.2).

Таблиця 9.2

Форми практик соціальної реабілітації

Критерії аналізу	Приймна сім'я	Дитячий будинок сімейного типу	Патронат	Наставництво
Наявність статусу дитини-сироти чи дитини, позбавленої батьківського	Так	Так	Не обов'язково, може бути дитина, яка тільки залишилася без батьківського піклування, або дитина, яка опинилася в складних жит	Не обов'язково. Наставництво передбачено для дітей, які проживають у закладах

Продовження табл. 9.2

Критерії аналізу	Прийомна сім'я	Дитячий будинок сімейного типу	Патронат	Наставництво
підключення			тєвих обставинах (СЖО)	
На який термін влаштується дитина	До досягнення 18 або 23 років за умови навчання на денній формі, у разі продовження навчання – до його закінчення	До досягнення 18 або 23 років за умови навчання на денній формі, у разі продовження навчання – до його закінчення	Не може перевищувати трьох місяців (може бути продовжено, але не більше ніж до шести місяців)	На час перебування дитини в закладі
Кількість дітей	До чотирьох разом з біологічними	До десяти разом з біологічними	Одна дитина або рідні між собою діти	В індивідуальній формі над однією дитиною
Згода дитини на влаштування	Обов'язкова, якщо вона досягла такого віку, що може її висловити			Обов'язкова
Щомісячна соціальна допомога на дитину	Щомісячна державна допомога – два прожиткові мінімуми на кожну дитину.	Щомісячна державна допомога – два прожиткові мінімуми на кожну дитину. Розмір залежить від: 1) віку	Щомісячна допомога – два прожиткові мінімуми на дитину	Не передбачено

Продовження табл. 9.2

Критерії аналізу	Прийомна сім'я	Дитячий будинок сімейного типу	Патронат	Наставництво
	Розмір залежить від: 1) віку дитини: від народження до 6 років та від 6 до 18 років; 2) наявності інших виплат на дитину – аліментів, пенсії через втрату годувальника	дитини: від народження до 6 років та від 6 до 18 років; 2) наявності інших виплат на дитину – аліментів, пенсії через втрату годувальника		
Інші виплати та пільги для дитини	Право на аліменти, соціальну допомогу з інвалідності, пенсію через втрату годувальника (за наявності підстав). Також має право на одноразо	Право на аліменти, соціальну допомогу з інвалідності, пенсію через втрату годувальника (за наявності підстав). Також має право на одноразову матеріальну допомогу	<i>Якщо має статус</i> , то право на аліменти, соціальну допомогу з інвалідності, пенсію через втрату годувальника (за наявності підстав). Також має право на одноразову матеріальну допомогу по досягненню повноліття,	<i>Якщо має статус</i> , то право на аліменти, соціальну допомогу з інвалідності, пенсію через втрату годувальника (за наявності підстав). Також має

Продовження табл. 9.2

Критерії аналізу	Прийомна сім'я	Дитячий будинок сімейного типу	Патронат	Наставництво
	ву матеріальну допомогу по досягненню повноліття, безкоштовний проїзд у громадському транспорті, безкоштовне навчання, підвищену стипендію, забезпечення житлом за його відсутності, один раз на рік безкоштовне оздоровлення чи санаторне лікування за потреби	по досягненню повноліття, безкоштовний проїзд у громадському транспорті, безкоштовне навчання, підвищену стипендію, забезпечення житлом за його відсутності, один раз на рік безкоштовне оздоровлення чи санаторне лікування за потреби	безкоштовний проїзд у громадському транспорті, безкоштовне навчання, підвищену стипендію, забезпечення житлом за його відсутності, один раз на рік безкоштовне оздоровлення чи санаторне лікування за потреби	право на одноразову матеріальну допомогу по досягненню повноліття, безкоштовний проїзд у громадському транспорті, безкоштовне навчання, підвищену стипендію, забезпечення житлом за його відсутності, один раз на рік безкоштовне оздоровлення чи санаторне лікування за потреби
Вік кандидатів	Від 18 років і	Від 18 років і старше	Від 18 років і старше	Повнолітня дієздат-

Продовження табл. 9.2

Критерії аналізу	Прийомна сім'я	Дитячий будинок сімейного типу	Патронат	Наставництво
	старше. По досягненні батьками пенсійного віку дитина має досягти повноліття	По досягненні батьками пенсійного віку дитина має досягти повноліття		на особа, яка має досвід виховання дітей
Проходження курсу підготовки потенційними кандидатами	Обов'язково			
Проживання після влаштування	На житловій площі прийомних батьків	На житловій площі батьків-вихователів або службовій, що надана органом опіки та піклування на час функціонування ДБСТ	На житловій площі патронажного вихователя	Спільне проживання не передбачено. Можливе проживання в наставника, але не більше як три календарні дні у святкові та неробочі дні чи під час канікул

Продовження табл. 9.2

Критерії аналізу	Прийомна сім'я	Дитячий будинок сімейного типу	Патронат	Наставництво
Плата за виконання обов'язків	Грошове забезпечення прийомним батькам у розмірі 35 % від розміру допомоги на дітей	Грошове забезпечення батькам-вихователям у розмірі 35 % від розміру допомоги на дітей, але не більше 5 прожиткових мінімумів	Грошове забезпечення патронатному вихователю у розмірі 5 прожиткових мінімумів (є надбавки за наявності в дитини інвалідності, віку дитини до 1 року або за кількістю дітей тощо, але не більше 50 %)	Не передбачено
Хто приймає рішення про влаштування дитини	Орган опіки та піклування за місцем створення прийомної сім'ї	Орган опіки та піклування за місцем створення дитячого будинку сімейного типу	Орган опіки та піклування за місцем проживання або виявлення дитини. У разі термінового влаштування – за наказом служби у справах дітей з подальшим прийняттям рішення органу опіки та піклування	Договір про наставництво укладається між наставником і адміністрацією закладу, де перебуває дитина
Припинення влаштування або звільнення	Рішенням органу опіки та піклування	Рішенням органу опіки та піклування	Рішенням органу опіки та піклування	Припинення дії договору або його розірвання

Закінчення табл. 9.2

Критерії аналізу	Прийомна сім'я	Дитячий будинок сімейного типу	Патронат	Наставництво
Від обов'язків				за ініціативою однієї зі сторін
Контроль та супровід	Контроль здійснює служба у справах дітей (раз на рік, а за потреби частіше). Соціальний супровід центру соціальних служб обов'язковий	Контроль здійснює служба у справах дітей (раз на рік, а за потреби частіше). Соціальний супровід центру соціальних служб обов'язковий	Контроль служби у справах дітей, постійний моніторинг мультидисциплінарної команди, яка збирається раз на місяць або за потреби	Організація наставництва здійснюється Центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССД М) за місцем проживання дитини. Контроль здійснює ЦСССДМ, адміністрація закладу, ССД

Заклади соціального захисту з умовами, наближеними до сімейних, як альтернативні форми соціально-реабілітаційних практик для дітей. Різновидом альтернативної форми у процесі реабілітації дітей є *малий груповий будинок*. Це заклад соціального захисту, призначений для тривалого (стаціонарного) проживання дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського

пiклування, зокрема й дiтей з iнвалiднiстю, та осiб з їх числа в умовах, наближених до сiмейних [33]. *Метою дiяльностi* малого групового будинку є забезпечення умов проживання для дiтей-сирiт, дiтей, позбавлених батькiвського пiклування, зокрема й дiтей з iнвалiднiстю, та осiб з їх числа шляхом їх догляду та виховання в умовах, максимально наближених до сiмейних, соцiалiзацiї та пiдготовки до самостiйного життя, органiзацiї надання їм комплексу необхідних послуг, зокрема у громадi, сприяння поверненню дiтей у бiологiчну сiм'ю або влаштування в сiмейнi форми виховання.

Серед завдань малого групового будинку визначенi такi: проживання, виховання, догляд та соцiальна адаптацiя дiтей в умовах, наближених до сiмейних, з метою реiнтеграцiї дитини в сiмейне середовище, її пiдготовки до самостiйного життя та соцiалiзацiї в громадi; визначення та задоволення iндивiдуальних потреб дитини; захист прав та iнтересiв дiтей, якi в ньому проживають; пiдготовка дитини до влаштування в сiмейну форму виховання; пiдтримка (вiдновлення) зв'язкiв з батьками (якщо це вiдповiдає законодавству та iнтересам дитини) або особами, якi їх замiнюють, родичами з метою реiнтеграцiї дитини в бiологiчну сiм'ю; участь дiтей у життi територiальної громади; забезпечення навчання дитини в закладi дошкiльної освiти, загальної середньої освiти за мiсцем проживання дитини або в найближчому закладi освiти, зокрема й забезпечення права дитини iз особливими освiтнiми потребами на iнклюзивне навчання й отримання освiтнiх послуг згiдно з iндивiдуальною програмою розвитку; виконання iндивiдуальної програми реабiлiтацiї дитини у випадку iнвалiдностi; формування та пiдтримка навичок самообслуговування, побутових навичок, необхідних для органiзацiї самостiйного життя, планування сiмейного бюджету та рацiонального використання коштiв тощо; психологiчна пiдтримка, формування позитивної самооцiнки, упевненостi, готовностi нести вiдповiдальнiсть, вiдчуття самодостатностi тощо.

У малому груповому будинку надаються соцiальнi послуги дiтям-сиротам i дiтям, позбавленим батькiвського пiклування, насамперед дiтям з обмеженою життєдiяльнiстю, зокрема й з iнвалiднiстю, та особам з їх числа. Кiлькiсть дiтей, якi одночас-

но можуть проживати в малому груповому будинку, становить до десяти осіб.

Іншу форму представляє *центр соціальної підтримки дітей та сімей*. Це заклад соціального захисту дітей та сімей з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах, що утворюється відповідно до потреб територіальної громади [34]. *Метою діяльності центру* є забезпечення прав дітей на виховання в сім'ї або умовах, наближених до сімейних, прав дітей та сімей з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах, на захист і допомогу з боку держави; запобігання соціальному сирітству; сприяння розвитку і зміцненню сім'ї, поліпшенню соціального благополуччя дітей та сімей з дітьми.

Основними завданнями центру передбачено забезпечення надання дітям, які перебувають у складних життєвих обставинах, та їхнім сім'ям; дітям-сиротам; дітям, позбавленим батьківського піклування; дітям з обмеженням життєдіяльності (з порушеннями психічного та фізичного розвитку, зокрема інвалідністю); особам із числа дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування; вагітним жінкам і жінкам, які мають намір чи стосовно яких є ризик відмови від новонароджених дітей, комплексу соціальних послуг в умовах стаціонарного та/або денного перебування; утримання та виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, в умовах, наближених до сімейних; сприяння: соціальній інтеграції та реінтеграції дітей до біологічної сім'ї, дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, – у сімейні форми виховання; соціальній адаптації, інтеграції та реінтеграції дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, та осіб з їх числа у віці до 23 років у суспільство; своєчасному наданню медичної допомоги та, за потреби, направленню на стаціонарне лікування; соціальній підтримці батьків з дітьми з метою запобігання відмов від новонароджених дітей і вилученню дітей із сімей; здійснення соціального захисту дітей та батьків, які перебувають або проживають у центрі.

Цільовими категоріями клієнтів такого центру можуть бути:

- діти та сім'ї з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах;

- діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування;
- особи з числа дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування;
- діти з обмеженнями життєдіяльності (з порушеннями психічного та фізичного розвитку, зокрема й інвалідністю);
- вагітні жінки (останній триместр вагітності) і батьки, які мають намір чи стосовно яких є ризик відмови від новонароджених дітей.

Соціальний захист у центрі може здійснюватися в умовах стаціонарного або денного перебування. З урахуванням потреб цільових категорій клієнтів у соціальній реабілітації та соціальній підтримці у структурі центру можуть створюватися такі підрозділи: 1) *стаціонарного перебування*: відділення термінового влаштування дітей; відділення для батьків з дітьми; малий груповий будиночок; соціальна квартира; відділення невідкладної допомоги сім'ї; 2) *відділення денного перебування* сімей з дітьми з обмеженням життєдіяльності.

Отже, центр соціальної підтримки дітей та сімей – це потужний крок до здійснення комплексного, інтегрованого та сімейно-орієнтованого підходів у соціальній роботі загалом і соціальній реабілітації зокрема. Він запобігає розлученню дітей і батьків у процесі їхньої соціальної реабілітації та сприяє зміцненню і підтримці біологічної сім'ї для дитини. Проте на сьогодні така форма соціальної реабілітації виявилась для громад дуже складною, як на рівні фінансових, так і кадрових ресурсів.

Іншим різновидом соціально-реабілітаційних практик для дітей є традиційні для України різноманітні інституційні форми.

Інституційні форми соціально-реабілітаційних практик для дітей в Україні. *Центр соціально-психологічної реабілітації дітей* – це заклад соціального захисту, що створюється для тривалого (стаціонарного) або денного перебування дітей віком від 3 до 18 років, які опинились у складних життєвих обставинах, надання їм комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової та інших видів допомоги [36]. До основних завдань центру належать: здійснення соціального захисту дітей, надання їм комплексу соціальних послуг; проведення

соціально-педагогічної корекції з урахуванням індивідуальних потреб кожної дитини; сприяння поверненню дитини до біологічної сім'ї; забезпечення відвідування дітьми загальноосвітніх або інших навчальних закладів чи індивідуального навчання з урахуванням потреб і можливостей дитини; сприяння формуванню в дітей власної життєвої позиції для подолання звичок асоціальної поведінки; надання психологічної та інших видів допомоги батькам (або особам, які їх замінюють) дітей, які перебувають у центрі, спрямованої на повернення дитини до сім'ї; розроблення рекомендацій з питань соціально-психологічної адаптації дитини для педагогічних та соціальних працівників і батьків.

Напрямами діяльності центру соціально-психологічної реабілітації дітей є:

- соціально-психологічне діагностування, що передбачає визначення соціально-психологічних особливостей дитини з метою оцінювання її психоемоційного стану та прогнозування подальшого розвитку, установлення й налагодження соціальних зв'язків дитини з найближчим оточенням. За результатами первинного соціально-психологічного діагностування розробляється індивідуальна програма реабілітації дитини та визначення напрямів допомоги;
- соціальна, психологічна, педагогічна реабілітація – здійснення заходів виховного характеру, спрямованих на корекцію навчання, емоційного стану дитини, формування особистісних якостей, які сприятимуть її інтеграції у суспільство, оволодінню нею уміннями та навичками самообслуговування, правилами поведінки та спілкування з оточуючими;
- адаптація до сімейного оточення передбачає поглиблений аналіз соціальних і емоційних зв'язків дитини із сімейним та іншим найближчим оточенням, соціально-психологічну реабілітацію, спрямовану на налагодження взаємовідносин між дитиною та батьками, а також їх підтримку у процесі повторного взаємоприсотування до спільної життєдіяльності;

- соціально-медична реабілітація й оздоровлення – проведення комплексу заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я дитини, зокрема корекції психічного стану, забезпечення оздоровлення, інформаційно-просвітницької роботи серед дітей, батьків, персоналу закладу з питань здорового способу життя;
- правове забезпечення передбачає встановлення (за потреби) особи дитини, іншої інформації про неї та її найближче оточення, інформування про влаштування дитини до закладу батьків або осіб, які їх замінюють, служби у справах дітей, якій підпорядковується центр; надання дітям або їхнім батькам, опікунам (піклувальникам), прийомним батькам, батькам-вихователям, іншим законним представникам консультацій із правових питань, інформування їх про можливість отримання безоплатної правової допомоги відповідно до Закону України "Про безоплатну правову допомогу"; сприяння органам опіки та піклування в подальшому влаштуванні дітей; представництво законних прав та інтересів дитини в суді (за потреби).

На сучасному етапі практична діяльність центрів соціально-психологічної реабілітації дітей, які опинилися у складних життєвих обставинах, спрямована переважно на вивчення соціальної ситуації дитини (історії її життя, причини складних життєвих обставин тощо) і надання їй різних видів допомоги відповідно до її потреб (стану здоров'я, навчальної діяльності, індивідуального розвитку, відновлення взаємостосунків з батьками, іншими особами, які їх замінюють, чи формування взаємостосунків з новими батьками). З одного боку, такий підхід є стратегічно важливим у наданні допомоги дітям, які внаслідок складних життєвих обставин у сім'ї були влаштовані до центру соціально-психологічної реабілітації дітей (далі – центр), а з іншого боку, недостатнім, оскільки саме несприятливі умови сімейного оточення, а не дитина, є причиною вилучення її із сім'ї та влаштування до центру.

Відповідно до Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей, одним із основних завдань цент-

ру є надання психологічної та інших видів допомоги батькам (або особам, які їх замінюють) дітей, які перебувають у центрі, спрямованої на повернення дитини до сім'ї. Ще одним стратегічно важливим підходом має бути соціально-педагогічна робота з батьками з метою з'ясування, допомоги та прийняття подальшого рішення про доцільність чи недоцільність повернення дитини в сім'ю. При цьому (незважаючи на розроблені й апробовані в Україні концепції, методи роботи із сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах) на державному рівні в контексті діяльності центрів соціально-психологічної реабілітації дітей такий підхід методологічно не відпрацьований, не систематизований і не затверджений. Тому зміст такої діяльності фахівці центрів визначають відповідно до свого професійного бачення, і досить часто організація роботи спрямована на надання переважно психологічної, медичної та педагогічної допомоги дитині.

Центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями – це заклад денного перебування дітей та молоді з функціональними обмеженнями віком від 7 до 35 років, метою діяльності якого є відновлення та підтримка їхнього фізичного та психічного стану, адаптація й інтеграція у суспільство [25]. Завданнями центру є: забезпечення розробки та виконання реабілітаційних програм; надання різних видів соціальних послуг; залучення батьків до співпраці у процесі реабілітації, надання їм методичних порад; організація клубів за інтересами, проведення конкурсів, фестивалів; організація заходів, спрямованих на успішну реабілітацію й інтеграцію в суспільство дітей та молоді, що в ньому перебувають; здійснення лікувально-оздоровчих заходів, надання невідкладної допомоги за необхідності; направлення за потреби осіб, які звернулися до центру, до інших закладів і установ, що можуть забезпечити задоволення їхніх потреб; забезпечення щоденного одноразового харчування дітей та молоді, що в ньому перебувають.

Навчально-реабілітаційний центр призначений для соціальної реабілітації дітей з такими особливими освітніми потребами, які зумовлені складними порушеннями розвитку, тобто дітей, які мають два або більше порушень, або дітей, які себе не обслуговують і відповідно до індивідуальної програми реабілітації

дитини з інвалідністю потребують індивідуального догляду та супроводу [31].

Головними завданнями центру визначено такі: здобуття дітьми із особливими освітніми потребами, зумовленими складними порушеннями розвитку, початкової та базової середньої освіти з урахуванням особливостей їхнього психофізичного розвитку та відповідно до освітньої програми центру; забезпечення системного кваліфікованого психолого-педагогічного супроводу дітей зі складними порушеннями з урахуванням стану їхнього здоров'я, особливостей психофізичного розвитку; соціалізація й інтеграція дітей зі складними порушеннями в суспільство; проведення корекційно-розвиткової роботи; надання реабілітаційних послуг згідно з індивідуальною програмою реабілітації дитини з інвалідністю і консультацій батькам або іншим законним представникам, які виховують дітей зі складними порушеннями, з метою обов'язкового залучення їх до освітнього процесу.

Для розв'язання зазначених завдань для дітей зі складними порушеннями з урахуванням особливостей їхнього психофізичного розвитку утворюються такі центри:

- для дітей, які мають порушення слуху в поєднанні з порушеннями інтелектуального розвитку та/або опорно-рухового апарату;
- для дітей, які мають порушення зору в поєднанні з тяжкими системними мовленнєвими порушеннями чи порушеннями інтелектуального розвитку та/або опорно-рухового апарату, і сліпоглухих дітей;
- для дітей, які мають порушення опорно-рухового апарату в поєднанні з тяжкими системними мовленнєвими порушеннями чи порушеннями інтелектуального розвитку;
- для дітей з порушеннями інтелектуального розвитку в поєднанні з тяжкими порушеннями мовлення.

Учні (вихованці) можуть проживати в інтернаті (пансіоні) центру (крім вихідних, святкових днів і канікул), якщо перебування в дорозі в один бік на міських, приміських і міжміських маршрутах загального користування перевищує одну годину або

за індивідуальною програмою реабілітації дитини з інвалідністю передбачено обмеження фізичного навантаження. Діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, можуть проживати в інтернаті (пансіоні) центру також у вихідні, святкові дні та під час канікул, крім дітей, які мають опікунів, піклувальників, прийомних батьків, батьків-вихователів.

Соціально-реабілітаційний центр (дитяче містечко) – це заклад соціального захисту для проживання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, дітей, що опинились у складних життєвих обставинах, безпритульних дітей віком від 3 до 18 років, надання їм комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової, інших видів допомоги та їх подальшого влаштування [35].

Основними завданнями центру є:

- соціальний захист дітей;
- створення соціально-побутових умов для забезпечення нормальної життєдіяльності дітей, навчання, праці та змістовного дозвілля;
- надання дітям комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової та інших видів допомоги;
- інформування дітей або їхніх законних представників про можливість отримання безоплатної правової допомоги;
- проведення психолого-педагогічної корекції з урахуванням індивідуальних потреб кожної дитини;
- створення умов для здобуття дітьми освіти в закладах дошкільної, загальної середньої, професійної (професійно-технічної), позашкільної освіти за місцезнаходженням центру;
- забезпечення оволодіння дітьми професійними навичками та їхнє трудове навчання;
- забезпечення влаштування дітей після досягнення ними повноліття (працевлаштування, навчання в закладах вищої освіти тощо);

- сприяння місцевим органам виконавчої влади й органам місцевого самоврядування в соціальному супроводженні дітей, що вибули з центру і виховуються в сім'ях опікунів, піклувальників, прийомних сім'ях, дитячих будинках сімейного типу;
- робота із сім'ями дітей щодо нормалізації умов їхнього виховання;
- розроблення рекомендацій для педагогічних і соціальних працівників і батьків або осіб, що їх замінюють, з питань соціально-психологічної адаптації дітей тощо.

У структурі центру може бути відділення соціальної реабілітації.

Соціально-реабілітаційні центри (дитячі містечка) також можуть бути утворені громадськими, благодійними організаціями та фондами, зокрема й міжнародними, за погодженням з відповідною службою у справах дітей.

Загальноосвітні школи та професійні училища соціальної реабілітації є спеціальними навчально-виховними закладами для дітей, які потребують особливих умов виховання, і підпорядковуються центральному органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері освіти і науки. До цих закладів можуть доправлятися особи, які вчинили кримінальне правопорушення у віці до 18 років або правопорушення до досягнення віку, з якого настає кримінальна відповідальність [5].

Основними завданнями загальноосвітніх шкіл і професійних училищ соціальної реабілітації є:

- створення належних умов для життя, навчання і виховання учнів, підвищення їхнього загальноосвітнього і культурного рівня, професійної підготовки, розвитку індивідуальних здібностей і нахилів, забезпечення необхідної медичної допомоги;
- забезпечення соціальної реабілітації учнів, їхнього правового виховання та соціального захисту в умовах постійного педагогічного режиму.

До загальноосвітніх шкіл соціальної реабілітації доправляються за рішенням суду діти віком від 11 до 14 років, а до про-

фесійних училищ соціальної реабілітації – від 14 років. Діти перебувають у зазначених школах і професійних училищах соціальної реабілітації в межах встановленого судом терміну, але не більше трьох років.

Центри медико-соціальної реабілітації дітей створюються в державній системі охорони здоров'я за визначенням спеціально вповноваженого центрального органу виконавчої влади у справах сім'ї, дітей та молоді і центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, для дітей, які вживають алкоголь, наркотики, а також дітей, які за станом здоров'я не можуть бути направлені до шкіл соціальної реабілітації та професійних училищ соціальної реабілітації [5]. Основним завданням центрів медико-соціальної реабілітації є створення умов і забезпечення лікування дітей від алкоголізму, наркоманії, токсикоманії та їхня психосоціальна реабілітація і корекція.

До центрів медико-соціальної реабілітації направляються діти віком від 11 років на підставі висновку медико-експертної комісії. Діти перебувають у центрах медико-соціальної реабілітації протягом терміну, необхідного для лікування, але не більше двох років. Питання про перебування дитини в центрі медико-соціальної реабілітації розглядається керівництвом центру на підставі прохання, поданого батьками (усиновителями) чи опікунами (піклувальниками), а за відсутності останніх – на основі рішення служби у справах дітей.

Варто зауважити, що проходження соціальної реабілітації дитини в установі має плюси та мінуси. Ураховуючи факт травматичних, небезпечних умов для життя дитини в сім'ї, ізоляція дитини, безумовно, є позитивним фактором. Оскільки дитина перебуває в безпеці, її життєвляштуванням починають займатися спеціалісти, з'являється шанс оптимізації умов її життя. Проте ізоляція має бути тимчасовим, екстреним способом допомоги дитині. Шанс оптимізації життя дитини полягає в тому, щоб сприяти відновленню / створенню сприятливої сімейної ситуації. Це може бути повернення дитини в біологічну сім'ю (якщо умови життя в біологічній сім'ї вдалося поліпшити та допомогти батькам у відновленні їхнього особистісного, виховного потенціалу)

чи забезпечення інших форм сімейного влаштування дитини (усиновлення, опіка/піклування, прийомна сім'я, дитячий будинок сімейного типу, патронатна сім'я). Причому чим менша дитина, тим коротшим має бути термін перебування її в дитячій установі.

На жаль, у центрах соціально-психологічної реабілітації дітей до сьогодні не розроблено їх методичне забезпечення з урахуванням концепції індивідуального планування роботи з дитиною та сім'єю. Поряд із цим найважливішими умовами ефективності роботи з дитиною та її найближчим соціальним оточенням, коли дитина перебуває в установі соціального захисту, є *планування і прогнозування роботи* [43]. *Планування* – це основна складова процесу реабілітації дитини в закладі, що полягає в розробці та практичному впровадженні індивідуального плану, який визначає кроки до досягнення реабілітаційних цілей, включаючи шляхи, інструменти та способи їх реалізації.

Отже, стосовно кожної дитини, яка була вилучена із сім'ї чи з вулиці внаслідок загрози життю і здоров'ю та потрапила в установу соціального захисту, складається план індивідуальної роботи як із нею, так і з її батьками чи особами, які їх замінюють.

Для складання *індивідуального плану роботи* і, відповідно, *прогнозування результатів* досягнення мети необхідно визначити потреби дитини та її сім'ї. Першочерговим етапом роботи з дитиною є комплексне оцінювання її потреб, найближчого соціального оточення як складової для визначення необхідних видів надання комплексної допомоги. Такий підхід до надання соціальних послуг дитині та сім'ї передбачає розробку індивідуальних, а не стереотипних, заходів у межах узгодженої командної роботи фахівців і наявних ресурсів установи.

Індивідуальний план роботи – це документ, що відображає логіку, зміст і процедуру надання послуг з метою подолання складних життєвих обставин, у яких опинилась дитина.

Планування роботи з випадком – це використання соціальним працівником технології планування у процесі допомоги дітям та сім'ям. Під час планування, складання індивідуального плану роботи з дитиною та батьками або особами, які їх замінюють, необхідно:

- визначити потреби і труднощі, які потребують задоволення/розв'язання;

- зібрати і проаналізувати всю наявну інформацію з метою розуміння характеру і причин виникнення проблеми чи потреби; визначити сильні та слабкі сторони дитини та її сім'ї (за наявності останньої), які можуть бути використані для розв'язання проблеми (оцінювання);
- сформулювати мету та завдання соціально-психологічної реабілітації кожної конкретної дитини в установі, конкретизувати бажані результати, на досягнення яких будуть спрямовані зусилля команди фахівців;
- визначити всі можливі дії, які сприятимуть досягненню бажаних результатів, порівняти різні підходи і вибрати найбільш ефективний;
- вирішити, хто, як, де і коли буде здійснювати кожну дію;
- установити, чи спричинили ці дії досягнення бажаних результатів (оцінювання ефективності).

Загалом планування роботи з випадком є первинним методом, який дозволяє забезпечити розв'язання системних завдань захисту дитини та соціальної підтримки її сім'ї. Залежно від визначеної мети реабілітації формуються конкретні завдання допомоги дитині та її сім'ї. Особливості плану визначатимуть також такі параметри, як обставини, за яких дитина потрапила до закладу, її правовий статус, вік, соціально-психологічні особливості дитини та її найближчого оточення тощо.

За період практичної діяльності у Службі у справах дітей міста Києва у співпраці зі спеціалістом служби В. Вовком нами був розроблений індивідуальний план соціального захисту дитини, яка опинилася у складних життєвих обставинах, дитини-сироти та дитини, позбавленої батьківського піклування (додаток). У плані визначені та запропоновані базові компоненти роботи з дитиною та її батьками або особами, які їх замінюють, що базуються на основі оцінювання потреб дитини та її найближчого соціального оточення.

Розроблений індивідуальний план було апробовано центрами соціально-психологічної реабілітації дітей як державної, так і недержавної форми власності міста Києва. Результати апробації засвідчили, що попри великий обсяг роботи, яку необхідно виконувати, зокрема й з урахуванням індивідуального плану, саме

його застосування вперше дало можливість сформувати цілісне бачення роботи з дитиною та сім'єю, а також здійснювати системне та комплексне планування індивідуальної роботи з ними в умовах закладу. За цим планом можуть працювати як спеціалісти служби у справах дітей, так і працівники установ, де перебуває дитина, за потреби доповнюючи окремі компоненти.

Складниками індивідуального планування роботи з дитиною та сім'єю є:

- соціальний компонент: вивчення соціального оточення дитини та можливостей залучення до реабілітації; робота з батьками або особами, які їх замінюють; залучення установ і організацій для надання допомоги дитині та її найближчому оточенню тощо;
- правовий компонент: установлення юридичного статусу дитини; за потреби, спільно зі службою у справах дітей, притягнення батьків до відповідальності; забезпечення житлових і майнових прав дитини тощо;
- медичний компонент: на основі визначення стану здоров'я дитини сприяти лікуванню та реабілітації; профілактичні медичні заходи; формування культури здорового способу життя (спільно із соціальним працівником / соціальним педагогом, психологом і вихователями) тощо;
- психологічний компонент: розвиток пізнавальної сфери дитини (здійснюється на основі діагностики); розвиток і корекція психоемоційної сфери, мотиваційної, поведінкової (індивідуальна та групова розвиваюче-корекційна робота; здійснюється на основі діагностики) тощо;
- педагогічний компонент: забезпечення розвитку дитини відповідно до віку; відновлення або сприяння в отриманні освіти – забезпечення навчання у школі, інших закладах; формування культури здорового способу життя (спільно із психологом, соціальним працівником / соціальним педагогом, медичним працівником); формування культури спілкування тощо.

Індивідуальний план роботи з дитиною та її соціальним оточенням повинен мати комплексний характер і складатися й реа-

лізовуватися із залученням батьків чи інших осіб, які їх замінюють, і членів міждисциплінарної, міжвідомчої команди: психолога, соціального працівника / соціального педагога, юриста, медичного працівника, вихователя, які мають працювати як єдина команда. План обов'язково має узгоджуватись між фахівцями, які працюють із дитиною та сім'єю, але його можуть вести окремо різні спеціалісти, кожен у своїй частині.

Періодично слід проводити робочі зустрічі й обговорення стосовно реалізації плану, труднощів, які виникають, необхідності внесення доповнень, коректив тощо. Важливо, щоб кожен працівник не планував свою роботу автономно, без узгоджень з іншими спеціалістами, оскільки такий підхід не матиме цілісності, відповідно результативність буде низькою. Окрім працівників, які працюють у закладі, до планування та реалізації запланованих дій слід залучати інші служби та відомства (державні, недержавні). Індивідуальний план, який створено спільно всіма спеціалістами установи, а також інших структур, і зафіксовано на папері з підписами всіх причетних до його реалізації фахівців, дає змогу забезпечити однакове розуміння фахівцями цілей і стратегій роботи з дитиною, а також узгодженість дій, що мають бути виконані для досягнення цілей. У роботі з батьками важливо, щоб батьки були залучені до планування і розуміли, що лише від спільних зусиль буде залежати кінцевий результат – повернення дитини у сім'ю.

Важливою складовою реалізації індивідуального плану є оцінювання його ефективності. З метою постійного підвищення якості соціально-психологічної допомоги й оптимізації зусиль усіх членів міждисциплінарної команди фахівців, що залучені до процесу реабілітації дитини та її сім'ї, має здійснюватись оцінювання ефективності допомоги, що надається, і динаміки змін (позитивних чи негативних). Зокрема, постійне оцінювання динаміки випадку здійснює спеціаліст, відповідальний за реалізацію свого компонента та плану загалом, у ході щоденної роботи, спостерігаючи за виконанням завдань і заходів індивідуального плану. Періодичне оцінювання проводить спеціаліст, відповідальний за конкретний блок, спільно зі спеціалістом, який відповідає за реалізацію плану загалом (напр., це може бути

методист або керівник закладу). Крім того, усі фахівці, що залучені до виконання індивідуального плану роботи з дитиною, оцінюють свої командні зусилля з роботи з її випадком під час нарад, міждисциплінарних, міжвідомчих зустрічей, за можливості – супервізій.

Слід пам'ятати, що виконання всіх завдань індивідуального плану не завжди означає досягнення кінцевої мети. Це пов'язано зі змінами реальних життєвих ситуацій, появою нових проблем, потреб і запитів. У зв'язку із цим після виконання поставлених завдань можуть бути сформовані нові. Отже, спеціалісти, що реалізують індивідуальний план у частині своїх компонентів, мають якомога оперативніше реагувати на можливі зміни і труднощі, а також вносити корективи у план, інформуючи при цьому всіх, хто причетний до його реалізації.

Під час індивідуального планування роботи з дитиною та її найближчим оточенням варто звернути увагу на правильне формулювання, передусім цілей реабілітації дитини відповідно до її потреб, а не до загальних завдань чи напрямів роботи установи. За результатами власного практичного досвіду та наукового аналізу ми вважаємо, що у процесі соціально-психологічної реабілітації може бути одна із трьох основних цілей допомоги дитині:

- 1) повернення її у біологічну сім'ю;
- 2) підготовка дитини до влаштування в сімейні форми виховання за неможливості її повернення в біологічну сім'ю (усиновлення, опіка/піклування, прийомна сім'я, дитячий будинок сімейного типу, патронатне виховання);
- 3) підготовка до самостійного життя, особливо дітей старшого підліткового та юнацького віку.

Ефективність допомоги у процесі соціально-психологічної реабілітації збільшується за умови, що вдається активно залучати до неї дітей та їхніх батьків чи інших представників, які їх замінюють, а також реалізувати командний підхід у роботі фахівців (соціальних працівників / соціальних педагогів, психологів, вихователів, педагогів, лікарів тощо).

Результатами аналізу нормативно-правового забезпечення захисту прав та інтересів дітей із сімей, які перебувають у скла-

дних життєвих обставинах і потребують тимчасової підтримки за межами власної сім'ї, є такі:

1) У 2017 році Кабінет Міністрів України ухвалив Національну стратегію реформування інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки [38], головною метою якої є зміна системи інституційного догляду та виховання дітей на систему, яка забезпечує догляд і виховання дитини в сімейному або наближеному до сімейного середовищі.

2) Незважаючи на впровадження урядом реформи, інституційний догляд залишається в Україні найпоширенішою формою догляду і виховання дітей, на яку покладається реалізація зокрема й соціально-реабілітаційних завдань щодо дитини. Отже, з одного боку, законодавство визнає важливість зростання дитини в сім'ї, необхідність підтримки сім'ї, а з іншого – поки що є широкі можливості батькам перекладати на державу функції з догляду і виховання дітей, що суперечить забезпеченню найкращих інтересів дитини в реалізації її права зростати в сімейному оточенні.

3) Водночас, на нашу думку, прогресивними кроками в реалізації права дитини на проживання в сім'ї є розвиток в Україні альтернативних форм соціально-реабілітаційних практик, таких як сімейні (патронат, прийомна сім'я, дитячий будинок сімейного типу), індивідуальна (наставництво), а також запровадження діяльності закладів соціального захисту з умовами, наближеними до сімейних (малі групові будинки, центри соціальної підтримки дітей та сімей).

Список використаних джерел

1. Гусак Н. Є. Розвиток законодавства України про соціальну реабілітацію / Н. Є. Гусак // Соціальна робота в Україні: теорія і практика : наук.-метод. журн. – 2014. – № 1–2. – С. 30–43.
2. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг. ред. І. Д. Звереві. – 2-ге вид. – К. ; Сімферополь : Універсум, 2013.
3. Про освіту : Закон України від 23.05.1991 № 1060-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1060-12/page>
4. Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування : Закон

- України від 13.01.2005 № 2342-IV [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2342-15>
5. Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей : Закон України від 24 січня 1995 року № 20/95-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/20/95-%D0%B2%D1%80#Text>
 6. Про охорону дитинства : Закон України від 26.04. 2001 № 2402-III [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2402-14/page>
 7. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 6 жовтня 2005 року № 2961-IV [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>
 8. Про соціальні послуги : Закон України від 17 січня 2019 року № 2671-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19>
 9. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю : Закон України від 21.06. 2001р. № 2558-III [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2558-14>
 10. Комплексна допомога бездоглядним та безпритульним дітям : метод. посіб. / О. В. Безпалько, Л. П. Гурковська, Т. В. Журавель та ін. ; за ред. І. Д. Звереві, Ж. В. Петроцько. – К. : Калита, 2010.
 11. Мойса Б. Пропозиції до політики щодо реабілітації осіб з порушеннями здоров'я [Електронний ресурс] / Б. Мойса. – Вересень 2017. – Режим доступу : https://parlament.org.ua/wp-content/uploads/2017/09/Propozicii_Politiki_reabilitacii_zdoroviya-2.pdf
 12. Про затвердження перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.05.2018 № 981 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://moz.gov.ua/uploads/2/11374-9898_dn_20181221_2449.pdf
 13. Про затвердження Державного стандарту соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах : Наказ Міністерства соціальної політики України від 31.03.2016 № 318 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0621-16>
 14. Про затвердження Стратегічного плану діяльності Міністерства соціальної політики України на 2020 бюджетний рік і два бюджетні періоди, що настають за плановим (2021–2022 роки) : Наказ Міністерства соціальної політики України від 07.02.2020 № 97 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.msp.gov.ua/documents/5641.html>
 15. Про затвердження Порядку здійснення соціального супроводження прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу : Наказ Міністерства України у справах молоді та спорту від 23.09.2009 № 3357

[Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0966-09>

16. Про затвердження форм документів щодо направлення окремих категорій осіб на комплексну реабілітацію (абілітацію) : Наказ Міністерства соціальної політики України від 27.09.2018 № 1423 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1160-18#n38>
17. Наставництво крок за кроком. Посібник для небайдужих дорослих / О. Смаль, І. Сацюк, В. Андросова та ін. – 2-ге вид. – К. : Проект наставництва "Одна надія", 2014.
18. Організація соціальної роботи з дітьми та молоддю, які опинились у СЖО : практич. посіб. для спец. сфери // С. С. Валько, Л. С. Лоріашвілі, А. І. Павловський та ін. – К., 2011.
19. Повноваження об'єднаних громад із питань забезпечення та дотримання прав дитини: розуміння витоків функцій [Електронний ресурс]. – К., 2018. – Режим доступу : <https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/301/dity.pdf>
20. Петрович Ж. В. Дитина у складних життєвих обставинах: соціально-педагогічне забезпечення прав : монографія / Ж. В. Петрович. – Рівне : видавець О. Зень, 2010.
21. Повернення додому: реінтеграція дітей з альтернативних форм догляду : метод. рекомендації [Електронний ресурс] / О. А. Андрухович, Л. С. Волинець, Д. С. Касьянова, І. В. Щербак. – К., 2020. – Режим доступу : https://sos-ukraine.org/wp-content/uploads/2020/07/povernennya-dodomu-reintegraciya-ditej-z-alternatyvnyh-form-doglyadu_metod-rekomendacziyi-2020.pdf
22. Деякі питання здійснення наставництва над дитиною : Постанова Кабінету Міністрів України від 4.07. 2017 року № 465 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/465-2017-%D0%BF>
23. Деякі питання здійснення патронату над дитиною : Постанова Кабінету Міністрів України від 16.03. 2017 року № 148 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/148-2017-%D0%BF>
24. Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини : Постанова Кабінету Міністрів України від 24.09.2008 року № 866 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/866-2008-%D0%BF>
25. Про внесення змін до Положення про дитячий будинок сімейного типу та Положення про прийомну сім'ю : Постанова Кабінету Міністрів України від 1 червня 2020 року № 482 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/482-2020-%D0%BF#Text>
26. Про затвердження Державної соціальної програми "Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини" на період до 2021 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 30 трав-

- ня 2018 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/453-2018-%D0%BF#Text>
27. Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю : Постанова Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. № 1686 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1686-2006-%D0%BF#Text>
 28. Про затвердження Положення про дитячий будинок сімейного типу : Постанова Кабінету Міністрів України від 26.04.2002 № 564 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/564-2002-%D0%BF>
 29. Про затвердження Положення про Міністерство соціальної політики України : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 червня 2015 року № 423 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/423-2015-%D0%BF#Text>
 30. Про затвердження Положення про прийомну сім'ю : Постанова Кабінету Міністрів України від 26.04.2002 № 565 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/565-2002-%D0%BF>
 31. Про затвердження Положення про спеціальну школу та Положення про навчально-реабілітаційний центр : Постанова Кабінету Міністрів України від 6 березня 2019 р. № 221 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/221-2019-%D0%BF#Text>
 32. Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації) : Постанова Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 р. № 80 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80-2007-%D0%BF#Text>
 33. Про затвердження Примірного положення про малий груповий будинок : Постанова Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 року № 926 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/926-2018-%D0%BF#Text>
 34. Про затвердження Примірного положення про центр соціальної підтримки дітей та сімей : Постанова Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2016 року № 834 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/834-2016-%D0%BF#Text>
 35. Про затвердження Типового положення про соціально-реабілітаційний центр (дитяче містечко) : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2005 р. № 1291 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1291-2005-%D0%BF#Text>
 36. Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 січня 2004 р. № 87 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/87-2004-%D0%BF#Text>
 37. Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями : Постанова Кабінету Міністрів України від 8 вересня

- 2005 р. № 877 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/877-2005-%D0%BF#Text>
38. Про Національну стратегію реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки та план заходів з реалізації її I етапу : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2017 р. № 526-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/526-2017-%D1%80#Text>
39. Семигіна Т. Сучасна соціальна робота / Т. Семигіна. – К. : Академія праці, соц. відносин і туризму, 2020.
40. Сімейно-орієнтована соціальна робота: практичні аспекти : конспект лекцій / за заг. ред. В. О. Кузьмінського, С. С. Лукашова – К. : Молодь, 2010.
41. Кияниця З. П. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми : посіб. Ч. 1. Сучасні орієнтири та ключові технології / З. П. Кияниця, Ж. В. Петрович. – К. : Обнова Компані, 2017.
42. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми: посіб. Ч. 2. Ознаки вразливості та специфіка підтримки сім'ї і дитини / А. В. Аносова, О. В. Безпалько, Т. П. Цюман та ін. ; за заг. ред. Т. М. Журавель, З. П. Кияниці. – К. : Обнова Компані, 2017.
43. Удовенко Ю. М. Концептуальні підходи до індивідуального планування роботи з дитиною та сім'єю, які опинилися в складних життєвих обставинах, в процесі соціально-психологічної реабілітації / Ю. М. Удовенко // Вісн. Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка. Серія. Психологія. Педагогіка. Соціальна робота / за ред. Л. Ф. Бурлачука. – К. : ВПЦ "Київ. ун-т", 2012. – № 02(04). – С. 70–72.
44. Удовенко Ю. До впровадження Програми наставництва для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування : метод. посіб. / Ю. Удовенко, О. Смаль. – К., 2012.
45. Чуйко О. В. Соціальна реабілітація: підходи до змістових характеристик процесу / О. В. Чуйко // Актуальні проблеми соціології, психології та педагогіки : зб. наук. праць КНУ ім. Тараса Шевченка. – 2015. – № 4 (29). – С. 181–188.
46. Recommendation CM/Rec(2011)12 of the Committee of Ministers to member states on children's rights and social services friendly to children and families (Adopted by the Committee of Ministers on 16 November 2011 at the 1126th meeting of the Ministers' Deputies) [Electronic resource]. – Access mode : // <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1872121>.

Розділ 10

ГРУПИ ВЗАЄМОПІДТРИМКИ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ПСИХОТРАВМУВАЛЬНІ ПОДІЇ

Розділ присвячено вивченню можливостей використання груп взаємопідтримки для активізації індивідуальних і колективних ресурсів з подолання наслідків екстремальних подій. Показано, що сучасна практика психосоціальної підтримки під час надзвичайних і екстремальних ситуацій спирається на два ключові підходи – травма-орієнтований, що дає розуміння індивідуальної та колективної травми, і резилієнс, який наголошує на важливості життєстійкості як вагомого фактора конструктивного переживання людиною життєвих випробувань і ролі середовища у цьому. Розкрито теоретичні засади діяльності груп взаємопідтримки осіб, які переживають наслідки психотравмувальних подій. На основі результатів емпіричного дослідження функціонування груп взаємопідтримки під час подій 2014 року на Майдані визначено особливості їхньої динаміки та механізмів резилієнсу учасників цих груп на різних етапах проживання екстремальної події загальносоціального значення.

10.1. Робота з постраждалими від психотравмувальних подій: нові виклики

Події, які відбувалися у столиці України протягом 2013–2014 років, і нинішня соціальна ситуація – стан неоголошеної війни – спричинили масовий запит на допомогу, який, як виявилось, не може бути задоволений у межах наявної психологічної практики. Досі вона була зорієнтована передусім на роботу з індивідуальним випадком, тобто на рівні спеціалізованої психосоціальної допомоги. Однак надзвичайні ситуації, численні стресогенні події, з якими доводиться стикатися значній частині населення нашої країни в останні кілька років, вимагають зміни підходів до організації надання психосоціальної підтримки. В умовах екстремальної (тобто такої, що виходить за межі звичайного, нормального людського досвіду) ситуації ми маємо справу із численними потенційно травмувальними факторами для великої кількості людей, тому, крім індивідуального, сьогодні все частіше йдеться про соціальний вимір – колективну травму, травмування нації, людства [42, с. 99].

Із часів Голодомору та Другої світової війни громадянські протести 2013–2014 років і намагання їх придушити, анексія Криму Російською Федерацією і збройна агресія підтримуваних Росією сепаратистських сил на Сході України, що тривають уже понад сім років, є найбільш кризовими і стресогенними, пролонгованими в часі подіями, що продовжують бути джерелом травмувального досвіду для тисяч людей. Попри численні спроби української влади домовитись із протилежною стороною про припинення вогню, лінія фронту залишається смертельно небезпечною. Українські військові й цивільне населення гинуть, отримують фізичні та психологічні травми. За даними Міністерства внутрішніх справ України станом на лютий 2017 року внаслідок бойових дій понад 9,8 тис. українців загинули і близько 23 тис. отримали поранення [31, с. 35]. Велика частина громадян України задіяна в АТО/ООС: лише на початок травня 2014 року угруповання військ, залучене до проведення АТО, нараховувало близько 2,7 тис. осіб [4, с. 40]. Інша суттєва частина населення країни задіяна опосередковано, оскільки є близькими родичами воїнів. Ще частину громадян України становить волонтерський рух, що також робить їх свідками й опосередкованими учасниками війни [52]. Серед внутрішньо переміщених осіб (станом на кінець 2018 року в органах соціального захисту населення перебувало на обліку понад 1,5 млн ВПО [57, с. 9]) вагому частку становлять вимушені переселенці, які покинули рідні домівки, рятуючись від війни.

Отже, до переліку традиційних небезпек, що загрожують життю людей і завдають шкоду їхньому здоров'ю, – індивідуальних насильницьких, злочинних посягань, а також природних і техногенних катастроф за мирного часу – додалися збройний конфлікт і надзвичайні ситуації, пов'язані з воєнними діями: обстріли, пожежі, екологічні катастрофи від хімічних виробництв на окупованих територіях, підриви на встановлених або полишених без нагляду вибухових пристроях, утримання в полоні, викрадення, тортури тощо. Медіависвітлення таких подій, журналістські практики, що є організованими інформаційними атаками або просто побудовані з нехтуванням принципами журналістської етики й інформаційної безпеки, здатні

завдати медіатравму, коли глядачі, які не мали безпосередньої загрози життю, отримують психічне перевантаження і виявляють симптоми, характерні для травмувальних стресів: збудження, інтрузії, ізоляцію, психосоматичні та когнітивні реакції [23, с. 53]. Тому, як ніколи раніше, актуальними стали проблеми надання психосоціальної допомоги населенню не лише після екстремальних подій, але й під час таких ситуацій. Хоча Україна мала певний науково-практичний досвід подолання наслідків надзвичайних ситуацій (Чорнобильська катастрофа та інші надзвичайні ситуації меншого масштабу: падіння літака, вибухи в багатоквартирних житлових будинках і лікарнях, численні аварії на шахтах, повені тощо) [47, 48], вищезазначена специфіка екстремальних подій сучасності вимагає окремого вивчення практик психосоціальної допомоги і підтримки, насамперед тих, які можуть бути застосовані безпосередньо в умовах дії екстремальних факторів.

Робота із особами, які пережили екстремальні події, є предметом уваги дослідників різних галузей, пов'язаних із проблемами психічного здоров'я. І хоча модель різнорівневого реагування на наслідки надзвичайних ситуацій відповідно до піраміди інтервенцій уже визнана на світовому рівні [15], в Україні продовжують переважати форми надання спеціалізованої та цільової неспеціалізованої підтримки окремим групам населення [33; 38]. До сих пір залишаються сильними традиції травмаорієнтованого підходу [20, 34, 51], однак поступово все більше уваги приділяється здатності людини "підтримувати стабільну рівновагу, зокрема й у надзвичайних ситуаціях, завдяки своїм сильним рисам, ресурсам і можливостям" [34, с. 22]. Зокрема, у межах підходу *резилієнс* вивчається життєздатність як реабілітаційний ресурс психологічного здоров'я та благополуччя людини, що дає їй змогу протистояти руйнівним наслідкам травматизації, утримувати необхідну мотивацію самозцілення і самовідновлення [18, 66].

Окрім проблем психологічного характеру, надзвичайні ситуації спричиняють або посилюють широке коло соціальних проблем. До того ж і ті, й інші можуть включати як проблеми, що існували раніше (до надзвичайної ситуації), так і проблеми,

які виникли внаслідок надзвичайної ситуації, проблеми через надання гуманітарної допомоги [15, с. 12–13]. Усі вони тісно взаємопов'язані, тому інколи непросто визначити тип допомоги, якої потребує постраждала особа, особливо коли від надзвичайної ситуації страждають цілі громади. Роль соціальної роботи в умовах надзвичайних ситуацій полягає у вивченні фізичних факторів, психологічних і соціальних процесів та їх взаємозв'язку для планування і здійснення заходів з реагування.

Пошук інструментів збереження психічного здоров'я та психосоціальної підтримки у *складних гуманітарних надзвичайних ситуаціях* (complex humanitarian emergencies) здійснюється в умовах співіснування конкуруючих парадигм: парадигми *травми* (the trauma paradigm), *психосоціальної* парадигми (the psychosocial paradigm) і парадигми *психічного здоров'я в загальній системі охорони здоров'я* (the mental health in general health care paradigm) [68]. Для України, де цілі когорти соціальних груп і спільнот – учасники громадських протестів, бойових дій, біженці, вимушено переміщені, волонтери тощо – потребують засобів і ресурсів для підтримки психічного здоров'я і психосоціального благополуччя, як власного, так і своїх громад, такі дослідження мають величезні перспективи [11, 21].

В останні роки спостерігаємо спроби застосувати нове бачення всієї множини наслідків екстремальних, надзвичайних ситуацій і можливостей позитивної адаптації та відновлення людей в умовах соціальних негараздів. Поняття *колективна травма*, що з'явилося в кінці 1990-х років у науковому обігу як *втілення результату культурної трансформації індивідуальних страждань* (Джефрі Александер), а також поняття *посттравматичне зростання* (Річард Тедескі, Лоуренс Калхун), дали новий поштовх дослідженням із психології катастроф, вивченню постраждалих спільнот і перегляду поглядів на моделі, методи, інструменти підтримки людей, які пережили травмувальні події [13, 16, 23, 30, 49]. З'являються праці з питань організації соціально-психологічної роботи, спрямованої на активізацію не лише індивідуальних [43, 46], але й колективних ресурсів підвищення адаптивності до стресогенних факторів [35], подолання проблем соціальної напруженості, негативних тенденцій групової дина-

міки, міжгрупових або внутрішньогрупових протистоянь і конфліктів, наслідків колективних травм [9].

Таким чином, у практичній діяльності інтерес до методів, спрямованих на підтримку громади та посилення резилієнс, є цілком логічним і природним. Ці інструменти роботи в умовах надзвичайних ситуацій належать до другого рівня психосоціальних інтервенцій [15]. На рівні сім'ї та громади за першої ж можливості потрібно вжити заходів для активізації та посилення місцевих систем підтримки і самодопомоги. Самодопомога життєво необхідна, оскільки відчуття контролю над деякими аспектами життя сприяє психічному здоров'ю і психосоціальній підтримці людей після пережитого досвіду. Постраждали групи людей зазвичай мають офіційні та неофіційні зв'язки, через які вони самоорганізуються для того, щоб задовольняти колективні потреби [36, с. 43].

Однією із таких форм самоорганізації є групи само- та взаємодопомоги і групи підтримки. Для багатьох вони стали найбільш доступним і прийнятним способом пережити травмувальні події й уникнути патологічних наслідків, запобігти розвитку розладів поведінки та психосоматичних розладів. Однак, на відміну від методів, що використовуються фахівцями для надання екстреної психологічної допомоги [47, 48], методи самодопомоги у громаді фактично не є предметом вивчення українських дослідників. Ще рідше зустрічаються публікації з питань організації допомоги і підтримки особам, які переживають травмувальні події, що мають надзвичайне суспільне значення. Загалом аналіз наукових публікацій свідчить, що у вивченні окресленої проблематики увага дослідників змістилась з індивідуальної травми в бік колективної, а також власне з травми – на ресурси життєстійкості та стресоподолання, як індивідуальні, так і колективні.

Ми маємо на меті з'ясувати можливості використання груп взаємопідтримки для активізації індивідуальних і колективних ресурсів з подолання наслідків екстремальних подій на засадах підходу резилієнс. До основних завдань дослідження належать:

- 1) дослідження підходів до розуміння змісту психосоціальної підтримки під час надзвичайних і екстремальних ситуацій;

2) визначення потенціалу застосування підходу резилієнс у процесі проживання і подолання наслідків психотравмувальних подій у групах взаємопідтримки;

3) аналіз динаміки груп взаємопідтримки, що функціонували під час подій 2014 року на Майдані, і визначення механізмів резилієнсу учасників цих груп.

10.2. Підходи до розуміння змісту психосоціальної підтримки під час надзвичайних та екстремальних ситуацій

Надзвичайні ситуації – це події, які виходять за межі звичного життя людини і становлять загрозу для її фізичної, психічної цілісності, призводять до руйнування соціальної структури громад і суспільного порядку [15]. До надзвичайних ситуацій зазвичай призводять аварії, катастрофи, стихійні лиха та інші події, такі як епідемії, терористичні акти, збройні конфлікти тощо. Надзвичайні ситуації мають різні масштаби за територією поширення, кількістю постраждалих, розмірами економічних втрат тощо [36, с. 17]. На відміну від надзвичайних, в екстремальних ситуаціях джерелом травмування є людина чи суспільство (приклади екстремальних ситуацій – війни, революції, геноциди, терористичні акти тощо). І екстремальні, і надзвичайні ситуації можуть стати психотравмувальними для тих, хто їх переживає [29, с. 6–7].

Організація та надання психологічної допомоги постраждалим від надзвичайних і екстремальних ситуацій обґрунтовувались дослідниками з медичної, екстремальної та кризової психології з кінця 80-х років XX століття. У межах теорії посттравматичного розладу та кризової психології сформувалось поняття *психічна травма (психотравма)* [40]. За визначенням І. А. Погодіна, "психічна травма – будь-яка особисто значуща ситуація (явище), що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини, психологічно важко стерпна і здатна, при недостатності захисних психологічних механізмів, призвести до психічних розладів" [цит. за 40]. Поняття психотравми тісно пов'язане з поняттями *криза, стрес, посттравматичний стрес*

совий розлад (ПТСР) тощо [17, 34, 51], що є основою для розуміння наслідків переживання людиною різного роду травматичних подій.

Розрізнення власне травматичної події та її наслідків, визнання таких чинників, як характеристики самої травми, потерпілої особи та соціального оточення визначальними стосовно ймовірності розвитку ПТСР та інших порушень, використання поняття *вікна толерантності* для пояснення стратегій емоційної регуляції – усе це сьогодні становить основу травма-орієнтованого підходу. Як зазначає Дж. Герман, травматичні події є надзвичайними не тому, що вони трапляються зрідка, а радше тому, що вони перевантажують звичні стратегії пристосування людини до життя. Звична людська відповідь на небезпеку – це складна, інтегрована система реакцій, яка залучає як тіло, так і розум. На початку загроза збуджує симпатичну нервову систему, завдяки чому людина в небезпеці відчуває прилив адреналіну та перебуває в насторожі. Також загроза викликає сильні відчуття страху та гніву. Травматичні реакції виникають тоді, коли дія не дає результату, коли неможливі ні опір, ні втеча, що призводить до того, що людська система самозахисту виходить із ладу та дезорганізується. Психотравма розриває на частини складну систему самозахисту, яка в нормальному стані функціонує злагоджено [7]. Переживання суб'єктом психічної травми актуалізує можливість формування травматичної пам'яті, що містить функціональні особливості, які наближають її більше до сфери несвідомого, ніж до сфери свідомого [25].

Таким чином, травма-орієнтований підхід робить акцент на наслідках травматичних подій, серйозність яких можна спостерігати лише через певний період часу після їх завершення. Отже, тривалий час практика допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій виключала психологічну складову на ранніх етапах подолання трагедії, зокрема й при проведенні аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт з ліквідації її наслідків. Ті, хто вижив, фактично перебували сам на сам зі своїми проблемами [27], і лише у випадку крайніх форм соціальної дезадаптації внаслідок психотравми людина потрапляла в поле зору психологів і психіатрів.

Якщо психотравма цікавила передусім фахівців як порушення психічного здоров'я на індивідуальному рівні, то стресові події суспільного значення, соціальні перетворення, які стосуються великих груп людей, та їхні деструктивні, дисфункційні наслідки привертали увагу дослідників *колективної травми*. Ці дослідження зачіпають питання колективної ідентичності: дослідження трансгенераційного впливу травми Голокосту П. Ф. Келермана [64], можливостей "трансгенераційної психогенеалогічної терапії" А. Шутценбергера [56], закономірностей формування колективних травм і трансгенераційного передавання травмувального досвіду, факторів травматизації та форм виходу з колективних травм, розроблених суспільною практикою, П. П. Горностая [8], символічних механізмів, які стоять за конструкцією травми Дж. Александра [2]. Культурний аспект колективної травми висвітлено в дослідженнях П. Штомпки [53], А. Аарелайд-Тарта [1]. Події останніх років в Україні під цим кутом зору розглядали О. В. Суший [44], М. В. Семиліт [41], Т. О. Ларіна [18].

Отримані в минулому травми витісняються зі свідомості, зберігаючись, проте, у груповому несвідомому, що служить травмувальним тлом життя наступних поколінь, породжуючи стан своєрідної повторної травми [55] на індивідуальному рівні. До основних видів травмувальних подій, що мають масовий характер, можна віднести: масове міжособистісне насильство, стихійні лиха, масштабні транспортні аварії, пожежі, техногенні катастрофи, війни. Л. А. Найдьонова, вивчаючи історичну травму спільноти, стверджує, що в людей, які зазнали психічної травматизації, блокується здатність до рефлексії [22]. У колективній праці за редакцією С. Ушакіна [50], де представлено різноманітня контекстів і підходів – медичного, психологічного, соціального – до розуміння травми і роботи з нею, основною спільною рисою травми визнано її невимовність, що особливим чином характеризує травмовані спільноти. Отже, травма-орієнтований підхід поєднує результати вивчення травми як індивідуального та колективного феномена (рис. 10.1).



Рис. 10.1. Підходи до вивчення травми

У динаміці подолання громадою катастрофічних подій (колективної травми) було виділено три часові інтервали: короткотривала (ургентна), тривала (відкладена) і трансгенераційна динаміка, які взаємодіють і накладаються. При цьому наголошується, що катастрофа зумовлює не тільки негативні емоційні реакції, але має й позитивні наслідки: зростання згуртованості спільноти, розуміння цінності таких простих речей, як родина, діти, дім, мобілізація суб'єктів на переосмислення і вибудовування перспективи подальшого життя навколо травмувальної події [23, с. 154]. А. Ніл на прикладі найзначніших американських національних травм доводить, що реакція на травму зазвичай зумовлює прогрес, появу нових можливостей для змін та інновацій [65, с. 5].

Поступово під впливом зміни акценту в міжнародній соціальній роботі з підходу, орієнтованого на травму, на більш інтегрований підхід, що ґрунтується на самодопомозі у громаді та понятті резилієнсу, відбувся перегляд розуміння змісту й організації психосоціальної підтримки під час надзвичайних і екстремальних ситуацій [62]. У його основі лежить визнання соціальної підтримки одним із важливих ресурсів подолання стресу, а також визнання здатності людей підтримувати стабільну рівновагу [58], зокрема й у надзвичайних ситуаціях, завдяки своїм сильним сторонам, ресурсам і можливостям.

Підхід резилієнс наголошує на помилковості фокусування лише на нестачі чогось (слабкі аспекти, страждання, патологія) і стверджує, що населення, яке зазнало впливу надзвичайних ситуацій, має власні здібності, навички, ресурси та можливості, що допомагають йому справлятися із життєвими проблемами. При

цьому підхід резилієнс не виключає того, що люди можуть переживати посттравматичний стресовий розлад чи мати інші проблеми психічного здоров'я, але робота із проблемами психічного здоров'я має відбуватися лише в межах комплексного надання послуг. До того ж лікування тяжких розладів, включно із ПТСР, мають забезпечувати підготовлені фахівці [61]. В Україні лише в останні роки визнали, що надання підтримки з боку найближчого оточення і громади є не менш важливим напрямом соціально-психологічної роботи з людьми, що мають посттравматичний стресовий розлад, ніж професійна психологічна допомога [24]. У табл. 10.1 представлено результати порівняльного аналізу підходів до розуміння змісту психосоціальної підтримки під час надзвичайних і екстремальних ситуацій.

Таблиця 10.1

**Підходи до розуміння змісту психосоціальної підтримки
під час надзвичайних і екстремальних ситуацій**

Критерії порівняння	Травма-орієнтований підхід	Підхід резилієнс
Ключові поняття	Психічна травма (психотравма), криза, стрес, посттравматичний стресовий розлад, адаптація	Життєвий стрес, пружність, ресурси, сильні сторони, соціальна підтримка, відновлення
Теорії, що лежать в основі	Психологічно-орієнтовані теорії (психодинамічна, біхевіористська, когнітивна); соціологічно-орієнтовані теорії (теорія систем, рольова теорія)	Комплексні (біопсихосоціальні, холістичні): теорія кризового втручання, зосереджена на завданні модель, теорії сильних сторін, насаження (імпаурменту), екологічна; зелена соціальна робота, феміністська соціальна робота
Моделі роботи	Психодинамічна модель, біхевіористські та когнітивні моделі; травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія	Кризова інтервенція; зосереджена на завданні терапія; сімейна терапія; психосоціальна терапія; підхід, орієнтований на сильні сторони клієнтів

Продовження табл. 10.1

Критерії порівняння	Травма-орієнтований підхід	Підхід резилієнс
Методи роботи	Психологічне консультування, психологічний дебрифінг, психотерапія (ТКПТ, арт-терапія, тілесно-орієнтована, символдрама тощо)	Перша психологічна допомога, кейс-менеджмент, орієнтований на сильні сторони клієнта, побудова мереж підтримки, організація груп підтримки, само- і взаємодопомоги, робота з розвитку громад
Як сприймається клієнт соціальної роботи	Пацієнт/ка; дезадаптант/ка; людина, яка страждає від порушень, що заважають її особистісному функціонуванню; той/та, хто потребує допомоги; жертва	Особистість, яка зіткнулась із життєвими труднощами, у всіх її взаємозв'язках із навколишнім середовищем; людина, яка має власні здібності, навички, ресурси та можливості, що допомагають їй справлятися із життєвими проблемами; той/та, хто вижив/ла
Основні положення	Травма – результат розгорнутого в часі, детермінованого різними чинниками процесу психічної діяльності; вона фіксує на собі і веде до руйнування базових уявлень людини про світ і про себе. Психологічна природа психотравми характеризується значущістю суб'єктивних факторів сприйняття ситуації (робота підсвідомого, свідомий аналіз та інтерпретація подій). Індивідуальна інтерпретація своєї ситуації	Резилієнс – здатність до нормального функціонування людини та/або соціальної системи (сім'ї, громади, організації) під час та після впливу несприятливих (екстремальних, загрозливих, стресових) умов. Відновлення життя окремого індивіда чи громади може відбуватися завдяки тим ресурсам і здатностям, які в них добре розвинені. Усі сильні та слабкі сторони, які має людина, усе, що вона пережила у своєму житті, є умовами для зростання. Люди можуть

Закінчення табл. 10.1

Критерії порівняння	Травма-орієнтований підхід	Підхід резилієнс
	особистістю пов'язана з думками інших членів суспільства	обмінюватися ресурсами, формуючи соціальні мережі, які є середовищем підтримки
Мета втручання	Знизити рівень напруження, яке пов'язане з дією травмувальних вражень, шляхом розширення <i>вікна свідомості</i> та подолання конфлікту ідентичності; мінімізувати наслідки психічної і соціальної дезадаптації; стимулювати особистісні зміни задля досягнення відповідності стану клієнта до вимог навколишнього середовища	Досягти балансу між стресовими і підтримуючими чинниками, ризиками та захисними факторами, забезпечити відповідність потреб і можливостей, цілей і прав клієнта до якостей і властивостей соціального та фізичного оточуючого середовища
Що вважається успіхом у роботі	Інтеграція травмувального досвіду в індивідуальну/колективну історію	Віднайдення ресурсів для змін і життя на новому рівні

У сучасній практиці психосоціальної підтримки під час і після надзвичайних та екстремальних ситуацій використовують моделі й методи роботи, що належать до обох підходів. Для подолання дистресу, розв'язання гострих і очевидних проблем у соціальній роботі застосовують методи кризової інтервенції, а також орієнтованої на завдання та когнітивно-поведінкової моделі *короткострокової терапії*. Популярність цих методів на заході була обумовлена їх відносною простотою і чіткістю, універсальністю, економічною ефективністю порівняно із тривалою високовартісною терапією [39, с. 112–135]. У кризових ситуаціях надзвичайного й екстремального характеру альтернативою професійному психологічному консультуванню, психоло-

гічному дебрифінгу стає надання першої психологічної допомоги [32]. Перша (невідкладна) психологічна допомога, що надається не фахівцями, орієнтована на зменшення симптоматики, а не на лікування розладів [29, с. 60–76]. Також у соціальній складовій реабілітаційного процесу психологами визнано роль групи підтримки та взаємопідтримки. Потреба об'єднання у групи з'являється, коли розрізнених ресурсів явно не вистачає для подолання наслідків переживання ситуації, вплив якої перевищує можливості однієї людини. Створення команд, налагодження зв'язків, підтримка і відновлення одне одного у групах, де одні люди допомагають іншим ("People to people organizations" – "Люди для людей") відомі як метод *рівний-рівному* [29, с. 115–178], що посідає чільне місце серед інструментів подолання наслідків стресу і проживання кризи за підходом резилієнс.

10.3. Проживання та подолання наслідків масових психотравмувальних подій у групах взаємопідтримки: потенціал підходу резилієнс

Підхід *резилієнс* як сукупність уявлень про принципи та методи організації психосоціальної підтримки під час і після надзвичайних і екстремальних ситуацій отримав назву від ключового поняття *resilience*, що в українському перекладі визначається як *психологічна пружність*. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, резилієнс – "це здатність відносно добре справлятися із важкими ситуаціями, особиста ресурсність" [63, с. 8]. Резилієнс можна розуміти як здатність людини або соціальної групи (спільноти) амортизувати вплив надзвичайних ситуацій, тобто "пом'якшувати" дію їхніх соціальних і психологічних наслідків через актуалізацію ресурсів окремих людей, груп, організацій та громад, здатних запобігти загостренню психологічних проблем і розладів серед учасників і свідків важких подій [37, с. 45].

Аналіз наукової літератури з проблеми особистісних ресурсів подолання стресу свідчить про те, що усвідомлення людиною наявності засобів допомоги у скрутному для неї становищі й

навичок оперування якомога більшою кількістю таких засобів сприяє посиленню відчуття контрольованості ситуації і, унаслідок цього, більш ефективному подоланню проблем, що постають перед суб'єктом у складній ситуації [12]. Отже, соціальний працівник виступає в ролі того, хто фасилітує (полегшує) пошук таких засобів, спільно з людиною досліджує ситуацію, допомагає визначити фактори ризику та захисні фактори. Формування толерантності до невизначеності, зміна ставлення до, на перший погляд, негативних подій у житті як до перехідних – ключові завдання фасилітатора в подоланні адаптаційної кризи [26], що відповідає принципам підходу резилієнс.

Слід зазначити, що в роботі груп взаємопідтримки осіб, які пережили травмувальні події, інтегруються обидва підходи – травма-орієнтований і резилієнс. Зокрема, групи взаємопідтримки є дієвим методом подолання основних діалектичних суперечностей психологічної травми – конфлікту між бажанням викинути зі свідомості жакливу подію і прагненням розповісти про неї вголос, а також між прагненням уникати близьких стосунків і сильним бажанням їх пошуку [52]. Також, на наш погляд, цінним є розвинене в межах травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії уявлення про роботу травмувальної й автобіографічної пам'яті та ідея опрацювання травмувального досвіду у вікні толерантності через наратив [5], адже в основі таких груп лежить допомога, передусім у психологічному опрацюванні екстремального досвіду. Причиною, яка спонукає людей об'єднуватися в такі групи, зазвичай є негативні, важкі переживання, які дестабілізують, дезорганізують людину, позначаються на її благополуччі (well-being), заважають її нормальному життю (якщо подія вже завершилась) або мінімально прийнятному рівню функціонування (навіть якщо сама екстремальна подія триває).

Загальна мета груп само- і взаємодопомоги – допомога кожного учасника групи самому собі, перебуваючи в колі людей з аналогічними проблемами й обставинами життя, завдяки обміну думками чи новою корисною інформацією, емоційній взаємопідтримці, формуванню й аналізу нових поведінкових навичок і вмінь тощо. Функціонування груп взаємодопомоги осіб, які пе-

режили психотравмувальні події, має свої особливості [29, с. 146–147]. Вважають, що наявність у групі осіб із травмувальним досвідом є показанням для залучення до роботи психотерапевта і зміни формату – із групи взаємодопомоги на групу підтримки чи психотерапевтичну. Однак на етапі залучення і за певних умов такої можливості може не бути, а люди потребуватимуть розуміння і підтримки, які можна отримати, створивши чи ввійшовши до групи взаємодопомоги, що вже діють.

Переживання передбачає рефлексію психотравмувальної ситуації та її включення у автобіографічний досвід, визначення її суб'єктивного сенсу і значення в житті. Переживання – це ключовий процес переходу від критичної ситуації до подальших життєвих перспектив, осмислення цієї ситуації як того, що вже відбулося, залишилось у минулому, хоча і небайдужого для теперішнього і майбутнього життєвого шляху [40]. Базовими переживаннями у психологічній травмі є відчуття втрати влади над собою і своїм життям і відгородженість від інших. Тому основою зцілення, імовірно, може бути здобуття влади постраждалої особи та побудова нових зв'язків [52, с. 189]. Це цілком відповідає задачам розвитку самозабезпеченості та побудови соціальних мереж підтримки [59] у межах підходу резилієнс.

Характер психотравмувального впливу на систему значущих переживань і особистісних сенсів залежить від виду психотравми, що, за Н. Пов'якель, може бути гострою, пов'язаною з одноразовими, стрімкими надсильними подразниками (стихійне лихо, переляк, конфлікт), чи хронічною, викликану відносно слабкими, але тривалими, часто повторюваними подразниками (ізоляція, емоційна депривація) [цит. за 53, с. 187–188].

Наслідки впливу надзвичайних ситуацій мають певну динаміку вияву в часовій перспективі [36, с. 57]. Основні початкові реакції на події, що травмують, можуть бути такими: шок, страх, напруга, паніка, труднощі із прийняттям рішень, дратівливість, почуття провини, відчуття, що "ніхто не може зрозуміти, через що я пройшов/ла", потреба постійно бути поруч із кимось, відчуття безпорадності, несподівані напади агресії, люті, дезорієнтація, гіперреакції (нестримний плач, заглиблення в себе). Групи

взаємопідтримки дають можливість проговорити і вимовити те, що може залишитися неказаним і трансформуватися у травму.

У більшості людей згадані вище початкові реакції згасають, однак можуть виникнути триваліші переживання, які найчастіше стосуються втрат міжособистісного, економічного та соціального характеру. Участь у роботі груп взаємопідтримки – один зі способів пережити гострий етап, зберегти соціальні зв'язки і навіть зробити їх міцнішими, ставши в позицію того, хто допомагає іншому справитися із гострими переживаннями, тим самим допомагаючи собі.

До пізніших реакцій належать такі: скорбота, депресія, відчай, залежність, безпомічність, страх, тривога, неспокій, нервовість, почуття провини (що вижив/ла, не зміг/ла урятувати тощо), відчуття вразливості, підозрілість, проблеми зі сном, злість, психосоматичні проблеми (головний біль, порушення роботи шлунково-кишкового тракту), нав'язливі спогади, уникання думок про те, що сталося, конфлікти в родині, шлюбі, залежність від алкоголю або інших речовин, порушення пам'яті й уваги, труднощі із прийняттям рішень, відчуття неспроможності, сорому, імпульсивна поведінка, суїцидальні вияви. Складність і комплексність цих труднощів у житті людини, яка на більш ранніх етапах не уникнула травматизації, обумовлює вагомість принципу рівний-рівному, що реалізується у групах взаємопідтримки. Досвід тих, кому вдалося подолати подібне, повернути собі владу над життям – безцінний ресурс підтримки.

Організація груп взаємопідтримки на засадах підходу резилієнс – це радше рідкість, ніж поширена практика, адже вона пов'язана з певним викликом для фахівця. Ми не можемо стверджувати, що на зміну травма-орієнтованому підходу прийшов підхід резилієнс, хоча його історія налічує вже близько сорока років. Навіть визнаючи значущість життестійкості як вагомого фактора конструктивного переживання людиною життєвих випробувань, важливу роль середовища в цьому [45], фахівці із психологічної допомоги відводять цим факторам другорядну роль і майже не орієнтовані на активізацію наявних соціальних ресурсів. Як слушно зауважує З.Гаркавенко [6], неготовність

частини фахової спільноти до зміни певних професійних стереотипів і навіть світоглядних настанов гальмує широке застосування цього підходу в Україні. Авторка наголошує, що саме ставлення до надзвичайних ситуацій як до таких, що мають неочікуваний і короткотерміновий характер, спричиняє прагнення до відновлення стану, або повернення до системи взаємовідносин і внутрішнього балансу особистості, що передували катастрофічній події. Усупереч такій позиції, підхід резилієнс базований на усвідомленні невідворотності змін, розумінні їх як основи для розвитку життєвої ситуації людини та її особистості.

Отже, надзвичайна ситуація може розглядатись як така, що сприяє актуалізації ресурсів окремих людей, груп, організацій і громад. Це цілком відповідає тому, що зазначає ВООЗ: "основним питанням психосоціальних інтервенцій після пережитих лих є переведення постраждалих із ролі "жертв" у "тих, хто вижив". Відмінність "жертви" від "того, хто вижив" полягає в тому, що перша почувається заручником ситуації, над якою вона зовсім не має контролю, заручником середовища або самої себе, у той час як особистість, яка вижила, відновлює відчуття контролю і стає спроможною розв'язувати складні ситуації. Жертва є пасивною і залежною від інших; той, хто вижив, навпаки, здатен відігравати активну роль у зусиллях, яких треба докласти в допомозі громаді, і самостійно опанувати наслідки катастрофи" [69]. З. Гаркавенко зазначає, що, фактично, це переосмислення життєвої позиції, за якої зміни, подекуди болісні, мають сприйматись як одна з невід'ємних характеристик сучасного життя. Досягнення таких світоглядних змін у фаховому середовищі та серед більшості населення потребує часу.

10.4. Динаміка груп взаємодтримки, що функціонували під час подій 2014 року на Майдані, і механізмів резилієнсу їхніх учасників

Протистояння між "силовиками" та протестувальниками в Україні 18–21 лютого 2014 року, що знаменувало перехід до завершального етапу Революції гідності, стало екстремальною

подією не лише для мешканців столиці. Під час протистояння, за інформацією МОЗ України, загинули 82 і постраждали 622 людини [14].

Крім відомих досі численних труднощів, які спіткають екстремального психолога при наданні ним невідкладної психологічної допомоги (дефіцит часу та інформації стосовно постраждалого; обмеженість використання методів психологічної діагностики; необхідність надання психологічної допомоги при свідках; неналаштованість постраждалого на роботу із психологом тощо), у той момент спеціалісти зіткнулись із необхідністю працювати з людьми, які умовно або фактично перебували з різних боків барикад. Специфіка ситуації, яка стала особистісним викликом для кожного, хто намагався її осмислити, виявилась у її високому ступені кризовості, охопленні всіх сфер суспільного життя, з одного боку, а з іншого – у глибокій трагічності подій, унікальності досвіду, який доводилось переживати її учасникам, оскільки сучасна історія нашої країни досі не знала подібних криз [3]. В умовах цих особливих у індивідуальному й соціальному контексті подій традиційні форми і методи психологічної допомоги виявились малоефективними.

Вихід із ситуації ми вбачали в пошуку таких форм психосоціальної допомоги, які б, не заперечуючи принципу індивідуальності проблемної ситуації клієнта, давали можливість працювати зі спільним для величезної кількості людей контекстом – загальносуспільною кризою. Він був реалізований у рамках ініціативи невеликої групи соціальних працівників – проекту "Група взаємодопомоги" для волонтерів, учасників Майдану й тих, хто йому співчував.

У період із 20.02.14 по 15.04.14 року на Майдані Незалежності та поза ним ми проводили регулярні відкриті групи (загалом 22 зустрічі). Після завершення кожної з них ведучі груп окремо проводили рефлексію зустрічі та заповнювали щоденник спостережень, який містив обов'язкові рубрики: "фонові події", "теми та ключові моменти обговорень", "результати (особисті, групові)". Аналіз цього емпіричного матеріалу здійснювали з метою перевірки твердження, що динаміка відкритих груп взаємо-

підтримки обумовлюється як змінами об'єктивних умов соціальної ситуації, так і її психологічної репрезентації та відповідає трьом часовим інтервалам колективної травми. Методологія роботи в межах проєкту базувалась на положеннях, наведених нижче.

1. Специфічні задачі груп взаємопідтримки не передбачають ні лікування, ні навчання як мети. Групи взаємопідтримки, самостаємодопомоги хоча й можуть містити вищезгадані ознаки й елементи, не є ні груповою терапією, ні соціально-психологічним тренінгом абощо. Ключова мета груп взаємопідтримки – максимально можливе *психосоціальне відновлення у безпечному та підтримуючому середовищі* людей, що мають схожий життєвий досвід, обумовлений перебуванням в одному історичному, соціальному, ситуативному контексті, і гостро переживають його. Основними етапами відновлення є встановлення безпеки, реконструкція травмувальної історії та поновлення зв'язків між постраждалими й оточенням [60]. Робота груп взаємопідтримки будується з урахуванням цих етапів, при цьому загальною метою організації роботи такої групи є створення підтримуючого простору.

2. Групи взаємопідтримки осіб, які пережили психотравмувальні події, будуються з урахуванням *динаміки вияву* в часовій перспективі *наслідків впливу надзвичайних, екстремальних ситуацій*, а саме: початкових реакцій на події, що травмують; переживань, пов'язаних із втратами міжособистісного, економічного та соціального характеру; пізніх реакцій, що свідчать переважно про те, що травмувальна подія перевищує можливості резилієнсу людини і були труднощі в опрацюванні травмувального досвіду на попередніх етапах [36, с. 57].

3. Такий групі притаманна відмова від приписування учасникам клієнтської ролі. Попри те що самостійне, без участі фахівця, створення групи само- та взаємодопомоги постраждалими є радше винятком (найчастіше вони трансформуються із груп підтримки), загальною передумовою включення в такого типу практику стають *особистісні позиції* ведучих групи. Роль ведучих у роботі групи визначалась її фасилітативними задачами і водночас характеризувалась відмовою від директивності й над-

мірної структурованості, мінімізацією рамок участі й роботи групи та максимізацією свободи учасника. Особливо на перших етапах прихід у групу відбувався не стільки "за допомогою", скільки "для допомоги".

4. Групи можуть об'єднувати людей із безпосереднім досвідом участі в подіях надзвичайного характеру, їхніх близьких, а також осіб, які зазнали медіатравми. Учасники груп взаємопідтримки мають *індивідуальне сприйняття ситуації та різний ступінь інтенсивності переживань*, рівень власної дисфункційності, що посилюється гендерними, віковими та соціально-психологічними особливостями кожної людини. Єдина точка спільності всіх учасників групи – сама травмувальна ситуація.

5. Однією з базових умов для роботи групи є *безпечний простір*. В умовах пролонгованої надзвичайної, екстремальної ситуації створити такий простір удається передусім розміщенням місця зустрічі та створенням у групі психологічної атмосфери прийняття і допомоги в осмисленні індивідуального чи колективного досвіду, де біль та напруга зможуть вийти на поверхню.

Аналіз емпіричного матеріалу дозволив виділити три періоди у функціонуванні груп, кожному з яких відповідає специфічна тематика обговорення та використання характерних стратегій опанування ситуації. Нижче представлено їх опис.

Період потрапляння у тривалу психотравмувальну ситуацію (гострий). Фонові події періоду (18.02–28.02.2014): протестна хода "Мирний наступ", розстріли активістів, активність "тітушок", транспортний колапс у столиці, студентська акція протесту перед МОН, прощання на Майдані із загиблими, голосування у ВРУ за повернення Конституції 2004 року, звільнення від переслідувань активістів Майдану та Ю. Тимошенко, втеча В. Януковича, голосування у ВРУ постанови про самоусунення президента і призначення позачергових виборів. Людські втрати – майже 80 загиблих, близько тисячі поранених.

Основні теми зустрічей:

- осмислення подій, які відбувалися, зокрема на вулицях Грушевського, Інститутській, та їх значення для власного життя, переживання подій як власної трагедії;

- потреба в допомозі, неможливість працювати, повертатися до звичного життя, включатися у повсякденні справи, коли яскраво виявляються суперечність між професійною й особистісною нормою, фізичне й емоційне виснаження;
- проблема самовизначення, конфлікт "функція – особистість", "адміністративна позиція – особистісна позиція", пошук власного місця в ситуації;
- бажання бути корисним для інших, нестерпність бездіяльності;
- гостре емоційне переживання соціальної несправедливості, горювання у зв'язку із втратами (інтенсивність переживання смерті незнайомих людей так само сильна, як переживання смерті близької людини), пов'язані із цим функціональні порушення, напливи спогадів і ймовірних варіантів розвитку подій, безконтрольні психоемоційні реакції або емоційна відстороненість ("замороженість"), самозвинування;
- зовнішні та внутрішні конфлікти, почуття нерозуміння з боку інших, відчуття розірваності та паралельності світів, у яких живуть люди, пошук себе у цих світах, подвійні стандарти і норми, відірваність від сім'ї, розходження базових цінностей (батьки, які завжди були прикладом, у сьогоденній ситуації мають протилежні погляди);
- переживання переломного моменту: боротьба із системою – безмежна втома, виснаження – пересилання готовності від усього відмовитися – нові зусилля, робота – натхнення, поява смислу;
- усвідомлення меж власної компетентності та потреби, пошук способу виявляти вірність і підтримку людині, яка перебуває в активній фазі переживання, заборона собі переживати, виявляти емоції, горювати, страх за молодших і слабших (насамперед дітей).

Учасники груп повідомляли про такі стратегії опанування ситуації в той період: пошук однодумців, спроби знайти собі застосування в наявній соціальній системі (волонтерство), а усвідомлення її недосконалості й недостатності (люди потребують іншого виду допомоги; неформальне об'єднання на Майдані породило безліч об'єднань, які характеризуються ригідністю, закритістю, розподілом території та повноважень), а часто нерозуміння і навіть знецінення ролі один одного стало основою для власних альтернативних ініціатив. Учасники розуміють, що кожен може допомагати в той спосіб, який йому доступний; кожен включається в ту діяльність, яка йому найбільше імпонує та відповідає його можливостям, а коли зовсім несила, то "спочатку просто робиш, а потім розумієш, що саме робиш". Для тих, хто не міг відкрито заявити свою позицію, рішенням, що принесло полегшення, була мінімальна відмова підтримувати статус-кво, робити вигляд, що нічого не відбувається, визнати сам факт ненормальності подій, для інших – активні дії (участь у протесті або допомога в роботі різних підструктур Майдану, як то пункти збирання медичних засобів, харчування, надання психологічної допомоги тощо).

Вагомим ресурсом для учасників протесту, які вижили, було визнання іншими учасниками значущості їхнього внеску, вдячність за участь у подіях, особисте оцінювання вчинків інших. Крім вербалізації, особливу роль відігравали невербальні вияви, фізичний контакт (погляд, обійми). Робота з почуттям провини дозволяла вийти в ресурсний стан кількома шляхами: через певний фаталізм ("якщо ти вижив, то так треба", "так вирішив Бог", "захистив янгол-охоронець") чи формування обов'язку ("якщо я вижив, то маю відпрацювати, щось робити"), що виявлялося у соціальній відповідальності, активності.

Період перебування у тривалій психотравмувальній ситуації (адаптація). Фонові події періоду (1.03–28.03.2014): викриття злочинів поваленої влади, інформаційна війна з боку РФ, поширення випадків уживання алкоголю серед протестувальників, тиражування ЗМІ ідеї масовості посттравматичних розладів в учасників протесту, поступове зменшення кількості протесту-

вальників на Майдані, вторгнення РФ у Крим і його окупація, оголошення військової мобілізації.

Основні теми груп:

- актуалізація теми втрати близьких у минулому (смерті батьків);
- намагання контролювати близьких, страх, пов'язаний із переживанням за близьких (особливо тих, хто має ризик постраждати в бойових діях), страх за дітей, необхідність пояснення їм, що таке революція та війна;
- загострення переживань, пов'язаних із розривом стосунків із близькими, відмова контактувати з ними навіть під загрозою можливої смерті;
- проблема перенасичення інформацією, неможливість продуктивно працювати в умовах постійного включення у процес спостерігання інформаційного потоку, бажання відпочити;
- недовіра (до комендатури Майдану, інших учасників протесту), протиставлення тих, хто був / не був на Майдані, схильність до узагальнень і стереотипізації у ставленні до інших, осуд тих, хто не залучився до протесту й уникає мобілізації на протистояння ворогу;
- власна неспроможність щось змінити, бажання бути корисним вкупі зі страхом невдачі, тема духовної зради / вірності, жалкування через власну пасивність і відстороненість раніше;
- тема бажань (робити те, що хочеться, орієнтуватись на свої бажання, щоб дати собі можливість "відійти", відпочити);
- страх наближення війни і власна безпорадність, відчуття відстороненості ("це десь там, у Криму, а не тут, не зі мною");
- незадоволення результатами Майдану, небажання відступати, готовність чекати на Майдані до моменту вибору "правильної" влади;

- страх наближення війни і власна безпорадність, відчуття відстороненості, з одного боку, і готовність мобілізуватися – з іншого, неспроможність щось змінити;
- розгубленість, пошук себе в новій ситуації, прийняття рішення щодо подальших дій, усвідомлення необхідності брати управління у свої руки, проблема відповідальності, зокрема й делегування відповідальності за прийняття рішень, проєктування проти прогнозування;
- усвідомлення власної зміни після подій на Майдані.

Загалом спостерігається загальне виснаження людей, яких після довгої мобілізації організму "наздоганяють" переживання, або ж їх блокування починає руйнувати міжособистісні стосунки. Для багатьох настає час переосмислення подій ("не вкладається в голову, як у мирний час можна було відстрілювати людей") і окреслення сфери впливу, власних можливостей у ситуації, яка з кожним днем набуває все більших масштабів – на зміну внутрішньому конфлікту приходить зовнішня загроза. Стратегії подолання на цьому етапі: обмін досвідом щодо того, як справлятися із втратою; пошук способу виявляти вірність і підтримку людині, яка перебуває в активній фазі переживання; усвідомлення, що повернення до минулого ритму і способу життя вже неможливе, розуміння того, що "революція у свідомості" відбувається лише після втрати.

Період виходу із ситуації. Фонові події періоду (1.04–17.04.2014): бойові дії на Донбасі (захоплення російськими загонами Слов'янська, Краматорська, Дружківки, Горлівки, оголошення про початок Антитерористичної операції, перші бої спецпідрозділів СБУ та ЗСУ з російськими диверсантами й колаборантами); простір приміщення КМДА стає неприйнятним для організації зустрічей.

Основні теми зустрічей:

- оцінювання подій і своєї участі в них як чогось невідворотного, того, що не могло бути по-іншому ("я не міг там не бути"), найбільш значущого з усього, що було зроблено в

житті, і такого, що назавжди змінило ("я ніколи не буду таким, яким був до цього");

- незадоволення, розчарування діями інших, відчуття погіршення власної життєвої ситуації (затримання стипендії, зарплати), яке накладається на очікування поліпшення;
- переживання втрати Криму, осмислення історичних помилок, зокрема визнання проблем реінтеграції виселених кримських татар ("Крим їх так і не прийняв, завжди місцеве населення було ворожим до них, і українці не зуміли подолати цього розриву, не виявляли цікавості до культури цього народу");
- передчуття паніки і можливості "паралізації" власної діяльності у зв'язку з подіями на Сході України та в Криму (за аналогію з подіями на Майдані).

Стратегії подолання на цьому етапі: визнання збагачення досвіду (аналіз того, що було, що робив/ла, як діяв/ла, дає розуміння того, яким чином діятимеш далі: чи робити те, що й усі, чи формувати щось своє, ефективніше); зміщення фокусу з інших на себе, свої можливості, дії, переорієнтація на нові задачі діяльності; визнання права на іншу думку, делегування відповідальності людям, які самі мають відстоювати власні цінності, права, територію; цінність знайомства з культурою людей, які живуть в Україні в різних її частинах.

Таким чином, виділені періоди роботи груп взаємопідтримки відповідають уявленням про процес переживання травмувальної ситуації від її початку до відновлення після неї [28, с. 226]. На кожному з етапів учасники груп мали специфічні запити, що відображалось в особливостях тем зустрічей: на початку – гостре емоційне переживання трагічності ситуації, соціальної несправедливості, кризовості моменту, розриву реальності, осмислення потреби в допомозі та потреби допомагати; пізніше – самовизначення, пошук способів пережити ситуацію, опанувати її, і, нарешті, оцінювання ситуації та набутого досвіду. Відповідною була і динаміка стратегій і тактик опанування ситуації: від

пошуку одностороннього, виходу в дієву позицію, далі – до визнання неефективності стандартних способів реагування, переоцінювання власних можливостей, а на останньому етапі – до визнання збагачення досвіду та переорієнтації на нові задачі діяльності.

В Україні лише в останні роки дослідники і практики виявили серйозний інтерес до різних аспектів позитивної адаптації та самовідновлення, життєздатності як реабілітаційного ресурсу психологічного здоров'я та благополуччя людини, що дає їй змогу протистояти руйнівним наслідкам травматизації. Значною мірою це обумовлено низкою подій національного масштабу, що спричиняють наслідки не лише на індивідуальному, але й на соціальному рівні. Проведене дослідження засвідчує, що в ситуації суспільної кризи такого масштабу основні потреби у психологічній допомозі пов'язані з переживанням подій як власної трагедії, переживанням втрати, самозвинуваченням, розчаруванням, втратою орієнтирів і цілей, прагненням знайти собі застосування в ситуації, яка змінюється, конфліктом професійної й особистісної позицій, способами проживання і переживання ситуації, пошуком стратегії поведінки та ресурсів у собі. Кризовість ситуації актуалізує нерозв'язані конфлікти в міжособистісних стосунках (сімейних, дружніх), а також стає каталізатором проходження особистісних криз.

Для осіб, які пережили психотравмувальні події, група є середовищем зцілення, відновлення, здобуття влади над життям і побудови нових зв'язків. Залежно від характеру екстремальної, надзвичайної події, а також того, скільки часу минуло від самої події й на якому етапі проживання травми перебувають учасники групи, її цілі можуть змінюватися. Так само змінюватимуться цілі конкретних зустрічей. Однак вони завжди пов'язані з переживанням ситуації. Загалом у тривалих психотравмувальних ситуаціях люди проживають три основні етапи: 1) період потрапляння у психотравмувальну ситуацію (гострий); 2) період перебування у психотравмувальній ситуації (адаптація); 3) період виходу із ситуації. Емпіричне дослідження показало таку динаміку зміщення фокуса уваги під час зустрічей груп: ситуація – стосунки з іншими – я сам/сама. Це, на нашу думку, добре ілюст-

рує логіку повернення людиною влади над життям: від почуття нездатності хоч щось контролювати до посилення зв'язків з оточуючими і відчуття власної ваги і ролі у громаді.

Досвід людей, які пережили душевну травму, засвідчує, що поруч із дисоціацією основ ідентичності, які склалися раніше, обмеженням можливостей, невизначеністю, яка стає точкою відліку для процесу особистісних змін, таким ситуаціям властивий "сильний потік життєвої енергії" [19]. У групах взаємопідтримки спостерігаються ознаки шести стадій циклічної динаміки соціокультурної травми за П. Штомпкою ("травматичної послідовності") [54]. Також чітко відстежується динаміка перехідного процесу, що відповідає моделі розвитку за К. Вілбером [67]. Учасники груп частіше обирають активні реакції на травму на противагу пасивним [10]. Відбувається те, що М. В. Семиліт називає *квантуванням життєвого шляху* як здатність на основі особистісного ціннісного вибору формувати власний життєвий світ, простір подієвості [42]. Наведемо приклади висловлювань двох різних учасниць, зроблених наприкінці зустрічей груп. Одна з них відбулася в початковий період функціонування груп: "Мені набагато легше від того, що я можу говорити з кимось про свої переживання. Просто проговорити те, що зі мною відбувається, і не відчувати осуду". Інша репліка відповідає третьому періодові роботи груп – виходу із ситуації: "Я відчувала власну неможливість впливати на ситуацію. Ця неможливість розповсюджувалася на всі сфери мого життя. Зараз я розумію, що є сфера моєї власної відповідальності, те, що можу зробити власне я. А є відповідальність за речі, на які я впливати не можу, це не моя відповідальність. Я можу приймати рішення за власне життя і власні дії. Потрібно проектувати власне життя маленькими кроками, а не займатися прогнозами щодо долі країни".

Таким чином, можна стверджувати, що учасники груп "нарошують" здатності до відновлення від найпростіших змін (форм) – регуляції емоційного стану, вибору більш ефективних моделей поведінки в буденній активності – до особистісних трансформацій, що дозволяють бути ефективними навіть в умовах ще більшого зростання ступеня невизначеності й нестабільності

ситуації. Така динаміка вказує на те, що відбувається стимуляція просоціальної активності індивіда, що є ознаками резилієнсу.

В умовах нової української реальності, сповненої загрозливих, стресових, а інколи дійсно надзвичайних, екстремальних подій, які зачіпають цілі спільноти, великі соціальні групи, українське суспільство загалом, особливо актуальним є впровадження методів допомоги, що спрямовані на підтримку резилієнсу як безперервного, активного процесу розвитку нових сил і ресурсів адаптації та відновлення. Вважаємо, що апробований нами метод роботи у групах взаємопідтримки є дієвим у допомозі й наснаженні людей для проживання та подолання наслідків екстремальних, надзвичайних подій. Функціонування подібних груп дає можливість для тих, кого "зачепила" подія, перевести цей досвід у біографічну пам'ять, не допустивши перетворення на колективну травму, а громаді, у якій функціонують такі групи, усвідомити свої ресурси і мобілізувати їх у кризовій ситуації.

Список використаних джерел

1. Аарейлайд-Тарт А. Теория культурной травмы (опыт Эстонии) / А. Аарейлайд-Тарт // Социологические исследования. – 2004. – № 1. – С. 63–72.
2. Александер Дж. Культурная травма и коллективная идентичность / Дж. Александер // Социологический журнал. – 2012. – № 3. – С. 5–40.
3. Байдарова О. О., Скляр О. Г. Психологічна допомога у відкритих групах в умовах кризової ситуації / О. О. Байдарова, О. Г. Скляр // Міждисциплінарні проблеми соціальної роботи: психологічні, соціологічні, правові аспекти : матер. III Міжнар. наук.-практ. конф. (20–21 лютого 2015 року, Київ) / за ред. Ю. М. Швалба. – Житомир : вид-во ЖДУ імені І. Франка, 2015. – С. 10–14.
4. Біла книга антитерористичної операції на Сході України (2014–2016) / за заг. ред. І. Руснака. – К. : Нац. ун-т оборони України імені Івана Черняховського, 2017.
5. Бріер Дж. Основи травмофокусованої психотерапії / Дж. Бріер, К. Скотт. – Л. : Свічадо, 2015.
6. Гаркавенко З. Рецензія на посібник "Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : навч.-метод. посіб." / Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін та ін. ; за заг. ред. Н. Гусак // Вісн. Акад. праці, соц. відносин і туризму. – 2018. – № 2. – С. 93–95.

7. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / Дж. Герман ; пер. з англ. О. Лизак, О. Наконечної, О. Шлапак. – Львів : Вид-во Старого Лева, 2015.
8. Горностай П. П. Колективна травма та групова ідентичність / П. П. Горностай // Психологічні перспективи. Спец. випуск "Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп". Т. 2. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. – 2012. – С. 89–96.
9. Горностай П. П. Соціально-психологічна допомога суспільству в умовах колективної травми / П. П. Горностай // Соціально-психологічні особливості професійної діяльності працівників соціальної сфери: виклики сьогодення : матер. VII Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю / упор. О. Т. Плетка. – К. ; Мелітополь : Ун-т "Україна", 2016. – С. 65–71.
10. Длугош П. Теорія травми в дослідженні соціальних змін – випадок України [Електронний ресурс] / П. Длугош // Матер. XV Міжнар. наук.-практ. конф. "Проблеми розвитку соціологічної теорії: модернізація суспільства та соціальні технології", 17–18 травня 2018, м. Київ. – Режим доступу : https://www.researchgate.net/publication/328497773_TEORIA_TRAVMI_V_DOSLIDZENNI_SOCIALNIH_ZMIN_-_VIPADOK_UKRAINI (дата відвідування: 10.09.2020).
11. Захист, психічне здоров'я та психосоціальна підтримка на рівні громад / Управління Верховного комісара ООН у справах біженців [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=5b6afeee4> (дата відвідування: 10.09.2020).
12. Зликов В. Л. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В. Л. Зликов, С. О. Лукомська, О. В. Федан. – К. : Пед. думка, 2016.
13. Зубовський Д. С. Феномен посттравматичного зростання як новий напрямок досліджень у вітчизняній психології / Д. С. Зубовський // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2016. – Вип. 20. – С. 63–74.
14. Інформація про постраждалих у сутичках в центрі Києва станом на 06.00 год. 23 лютого 2014 року [Електронний ресурс] // МОЗ України, 23 лютого 2014. Архів оригіналу за 4 травня 2014. Процитовано 24 лютого 2014. – Режим доступу : https://web.archive.org/web/20140504034810/http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20140223_b.html (дата відвідування: 10.09.2020).
15. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації ; пер. з англ. / Міжвідомчий постійний комітет. – К. : Унів. вид-во "Пульсари", 2017.

16. Климчук В. О. Посттравматичне зростання та як можна йому сприяти у психотерапії / В. О. Климчук // Наука і освіта. – 2016. – № 5. – С. 46–52.
17. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика / за ред. Л. М. Юр'євої. – К. : Вид-во ТОВ "Галерея Принт", 2017.
18. Ларіна Т. О. Реабілітаційні ресурси життєздатності особистості в умовах переживання наслідків травматичних подій / Т. О. Ларіна // Проблеми політичної психології. – 2017. – Вип. 6 (20). – С. 107–118.
19. Лушин П. В. О психологии человека в переходный период: Как выживать, когда все рушится? / П. В. Лушин. – К. : Наук. світ, 2007.
20. Музичко Л. В. Особливості допомоги особам, що переживають психологічну травму / Л. В. Музичко, Н. П. Канська // Матер. доповідей учасників II Всеукр. конгресу із соціальної психології "Соціальна психологія сьогодні: здобутки і перспективи". – 2019. – С. 238–241.
21. Мясенко В. В. Психологічні стратегії адаптації спільноти волонтерів до умов і наслідків воєнного конфлікту в процесі опрацювання травматичного досвіду / В. В. Мясенко // Проблеми політ. психол. – 2017. – Вип. 6. – С. 84–93.
22. Найдьорова Л. А. Історична травма спільноти: як нащадкам пам'ятати трагічне? / Л. А. Найдьорова // Практична психологія та соціальна робота. – 2012. – № 2. – С. 48–55.
23. Найдьорова Л. Різномасштабна динаміка колективної травми як інтелектуальний інструмент соціального реабілітолога / Л. А. Найдьорова // Вісн. Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка. Соціальна робота. – 2018. – № 1(3). – С. 53–56.
24. Никифорова Н. О. Роль соціального оточення в подоланні посттравматичних стресових розладів, породжених війною / Н. О. Никифорова, Я. С. Маслакова // Укр. суспільство в умовах війни: виклики сьогодення та перспективи миротворення : матер. Всеукр. наук.-практ. конф., м. Маріуполь, 9 червня 2017 р. – Маріуполь : ДонДУУ, 2017. – С. 154–157.
25. Овчаренко О. В. Сутність феномену травматичної пам'яті / О. В. Овчаренко, Т. І. Білуха // Вісн. Чернігів. нац. пед. ун-ту ім. Т. Г. Шевченка. – 2015. – Вип. 126. – С. 118–122.
26. Оліфіра С. О. Теоретична модель подолання адаптаційної кризи засобами фасилітаційного впливу / С. О. Оліфіра // Вісн. післядипломної освіти. – 2012. – Вип. 6. – С. 345–357.
27. Оніщенко Н. В. Аналіз передового досвіду організації та надання екстреної психологічної допомоги постраждалим в умовах надзвичайної ситуації / Н. В. Оніщенко // Актуальні проблеми психології. – 2015. – Т. 1, вип. 43. – С. 121–125.
28. Оніщенко Н. В. Основні етапи переживання психічної травми / Н. В. Оніщенко // Вісн. Нац. ун-ту оборони України : зб. наук. праць. – 2015. – Вип. 3(46). – С. 225–231.

29. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. / Л. Г. Царенко, Т. Вебер, М. В. Войтович та ін. – К., 2018. – Т. 2.
30. Осьодло В. І. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи / В. І. Осьодло, Д. С. Зубовський // Укр. психол. журн. – 2017. – № 1(3). – С. 63–79.
31. Охорона психічного здоров'я в умовах війни ; пер. з англ. Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова та ін. – К. : Наш формат, 2017.
32. Перша психологічна допомога : посіб. для працівників на місцях. – К. : Унів. вид-во "Пульсари", 2017.
33. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології ; представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний метод. реабілітаційний центр. – К. : Міленіум, 2015.
34. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : Вид-во "Логос". – 2015.
35. Психологічні засоби колективного подолання наслідків воєнного конфлікту : метод. рекомендації / за наук. ред. Л. М. Коробки / НАПН України, Ін-т соціальної та політ. психол. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019.
36. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : навч.-метод. посіб. / Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін та ін. ; за заг. ред. Н. Гусак / Нац. ун-т "Києво-Могилянська академія". – К. : НаУКМА, 2017.
37. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : посіб. з проведення тренінгу / Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін та ін. ; за заг. ред. Н. Гусак / Нац. ун-т "Києво-Могилянська академія". – К. : НаУКМА, 2017.
38. Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії : зб. матер. і доп. Всеукр. наук.-практ. конф., м. Маріуполь, 28 лютого 2018 р. – Маріуполь : ДонДУУ, 2018.
39. Пэйн М. Социальная работа: современная теория / М. Пэйн ; под ред. Дж. Камплинга ; пер. с англ. О. В. Бойко, Б. Н. Мотенко. – М. : Изд. центр "Академия", 2007.
40. Семенова Ю. С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини і психології / Ю. С. Семенова // Укр. наук.-мед. молодіж. журн. – 2011. – № 3. – С. 50–56.
41. Семилет Н. В. Концепция трансгенерации коллективной травмы: способы исцеления / Н. В. Семилет // Вестн. по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2014. – № 2. – С. 24–37.
42. Семиліт М. В. Соціально-психологічні засади проектування життєвого шляху особистості : дис. ... д-ра психол. наук, спеціальність 19.00.05 "Соціальна психологія; психологія соціальної роботи"

- / М. В. Семиліт / Ін-т соціал. та політ. психол. НАПН України. – К., 2019.
43. Сорока О. Підхід резилієнс у реабілітації соціально-дезадаптованих підлітків / О. Сорока, С. Калаур // Social Work and Education. – 2019. – Vol. 6, № 1. – Р. 61–69. – doi: 10.25128/2520-6230.19.1.6
44. Суший О. В. Проблема колективної травми в українському соціумі та пошук стратегій її опанування / О. В. Суший // Наук. записки Ін-ту політ. і етнонаціонал. досліджень ім. І. Ф. Кураса НАН України. – 2014. – Вип. 6 (74). – С. 18–32.
45. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія / Т. М. Титаренко / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соціал. та політ. психол. – Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018.
46. Титаренко Т. М. Стратегії сприяння посттравматичному зростанню особистості / Т. М. Титаренко // Психол. науки: проблеми і здобутки: зб. наук. статей Київ. міжнар. ун-ту й Ін-ту соц. та політ. психол. НАПН України. – К., 2017. – Вип. 1(10). – С. 217–232.
47. Тімченко О. В. Чи потрібні Україні фахівці з психології екстремальних ситуацій? / О. В. Тімченко, В. Є. Христенко, Н. В. Оніщенко // Проблеми екстремальної та кризової психології: зб. наук. праць. – Х.: УЦЗУ, 2010. – Вип. 8. – С. 154–162.
48. Тімченко О. В. Основні проблеми організації надання екстреної психологічної допомоги постраждалим в умовах надзвичайної ситуації / О. В. Тімченко, Н. В. Оніщенко // Проблеми екстремальної та кризової психології: зб. наук. праць. – Х.: НУЦЗУ, 2011. – Вип. 10. – С. 63–70.
49. Тохтамиш О. Посттравматичне зростання в реабілітаційному процесі / О. Тохтамиш // Вісн. Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка. Соціальна робота. – 2018. – № 1(3). – С. 57–62.
50. Травма. Пункты: сб. статей / сост. С. Ушакин. – М.: Новое лит. обозрение, 2009.
51. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К.: Вид. дім "Персонал", 2017.
52. Христук О. Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності / О. Л. Христук // Наук. вісн. Львів. держ. ун-ту внутр. справ. – 2017. – № 2. – С. 183–191.
53. Штомпка П. Культурная травма в посткоммунистическом обществе (статья вторая) / П. Штомпка // СОЦИС. – 2001. – № 2. – С. 3–12.
54. Штомпка П. Социальное изменение как травма / П. Штомпка // Социолог. исследования. – 2001. – № 1. – С. 6–16.
55. Штомпка П. Социология. Анализ современного общества / П. Штомпка. – М.: Логос, 2005.
56. Шутценбергер А. А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практиче-

- ское использование геносоциограммы / А. А. Шутценбергер. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2005.
57. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні [Електронний ресурс]. – К. : ВПЦ "Київ. ун-т", 2018. – 12/11/2019. – Режим доступу : <https://www.univ.kiev.ua/content/upload/2019/-697223196.pdf> (дата відвідування 8.10.2020).
 58. Bonanno G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? / G. A. Bonanno // *Psychologist*. – 2004. – Vol. 59, Issue 1. – P. 20–28. – doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
 59. Cobb S. Social support as a moderator of life stress / S. Cobb // *Psychosom. Med.* – 1976. – Vol. 38. – P. 300–314.
 60. Ehlers A. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder / A. Ehlers, D. M. Clark // *Behaviour Research and Therapy*. – 2000. – Vol. 38, Issue 4. – P. 319–345.
 61. Facilitator Guide MHPSS in Complex Emergencies Training Course // *Advocacy : Training materials*. – 2016.
 62. Facilitator Guide MHPSS in Complex Emergencies Training Course // *Psychological First Aid : Training materials*. – 2016.
 63. Facilitator Guide MHPSS in Complex Emergencies Training Course // *Setting Up Community-Based Supports : Training materials*. – 2016.
 64. Kellermann N. P. F. Transmission of Holocaust Trauma [Electronic resource] / N. P. F. Kellermann // *An Integrative View. Psychiatry : Interpersonal and Biological Processes*. – September, 2001. – Vol. 64 (3). – P. 256–267. – Access mode : <https://doi.org/10.1521/psyc.64.3.256.18464>
 65. Neal A. G. National Trauma and Collective Memory: Major Events in the American Century / A. G. Neal. – Armonk, N. Y. M. E. Sharpe, 1998.
 66. Psychological resources of the individual under the conditions of modern challenges / Ed : Józef Kaczmarek, Hanna Varina. Monograph. Opole: The Academy of Management and Administration in Opole, 2020. – P. 232.
 67. Rowen J. The Concept of breakthrough / J. Rowen // *Breakthrough and Integration in Psychotherapy*. – London : Whurr Publishers LTD, 1992. – P. 81–83.
 68. Ventevogel P. Interventions for Mental Health and Psychosocial Support in Complex Humanitarian Emergencies: Moving Towards Consensus in Policy and Action?: Theory, Research and Clinical Practice / P. Ventevogel // In book: *Mental Health of Refugee and Conflict-Affected Populations*. – 2018. – P. 155–180. – doi: 10.1007/978-3-319-97046-2_8
 69. WHO Guidelines on conditions specifically related to stress / World Health Organization [Electronic resource]. – 2013. – Access mode : https://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/ (дата відвідування: 19.09.2020).

Розділ 11

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

У розділі висвітлено організаційні проблеми соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою. Показано, що законодавча база не забезпечує контрольованість соціально-психологічних послуг особам з адиктивною поведінкою. З'ясовано специфіку роботи реабілітаційних центрів різних форм власності й підпорядкування. Виявлено, що питання соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою розроблені недостатньо, як у теоретичному плані, так і у практиці роботи центрів, – основний акцент спрямовано на медичну складову. Доведено, що відсутність програм соціально-психологічної реабілітації є перешкодою до підвищення роботи центрів, а також унеможлиблює їх акредитацію та ліцензування. Розроблено модель оцінювання діяльності центрів соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою.

11.1. Правове поле соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою

Соціально-психологічна реабілітація осіб з адиктивною поведінкою проводиться в реабілітаційних центрах різних форм власності та підпорядкування. В Україні функціонує велика кількість закладів на державній, громадській і приватній основах, які допомагають людям позбутися проблем, що виникають унаслідок зловживання алкоголем або інших адикцій.

Українським законодавством не передбачені окремі нормативно-правові документи чи законодавчі акти, які регулюють сферу надання послуг соціально-психологічної реабілітації особам, залежним від алкоголю. Чинне в Україні законодавство направлене тільки на регулювання відносно невеликої частини питань, переважно щодо обігу наркотичних речовин і прекурсорів і діяльності правоохоронних органів. Відсутня система сертифікації, акредитації та ліцензування організацій і приватних осіб, які надають послуги клієнтам із проблемами алкогольної залежності. Отже, практично відсутнє правове поле щодо регулювання та надання послуг соціально-психологічної реабілітації особам, залежним від алкоголю.

Варто зазначити, що Постановою Кабінету Міністрів України від 12 травня 1997 року № 449 "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" визначено перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах і науково-дослідних установах, у яких передбачено, що однією з послуг є обстеження і лікування хворих на алкоголізм та наркоманію. Утім, зміст і якість надання таких послуг не визначається. Законодавчо закріплена допомога хворим на алкоголізм, яка обмежується проведенням детоксикації. Надання медичних послуг у сфері наркології регулюється наказом МОЗ № 681 від 21.09.2009 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності "Наркологія", на відміну від прогалини у сфері надання соціально-психологічних послуг адиктам.

Виходячи з вищевказаних положень і законодавчих актів, доцільно, на нашу думку, наголосити на тому, що у правовому полі України закріплено надання лише медико-соціальної реабілітації особам, залежним від алкоголю, що, відповідно, створює ситуацію неконтрольованості надання соціально-психологічних послуг цій клієнтській групі. Це стосується як якості надання послуг, так і їх змістового наповнення.

У зв'язку з тим, що в державі відсутня на сьогоднішній день програма соціально-психологічної роботи із особами, які мають проблеми з алкоголем, фокус досі спрямований на найбільш витратні й часто застарілі форми роботи із цією клієнтською групою. На законодавчому рівні визначено лише медичне лікування осіб, залежних від алкоголю, а забезпечення його надається лише державною системою охорони здоров'я, де лікування здійснюється наркологічними закладами (диспансери, лікарні), які є спеціалізованими амбулаторно-поліклінічними та/або стаціонарними установами. У законодавчому полі допомогу таким особам зорієнтовано на біологічні методи лікування хімічних залежностей. Через відсутність державної програми акредитації та перевірки роботи закладів соціально-психологічної реабіліта-

ції надання реабілітаційних послуг особам, залежним від алкоголю, фактично не контролюється.

11.2. Теоретико-методологічні підходи до розв'язання проблеми соціально-психологічної реабілітації адиктів

Важливість соціально-психологічних науково обґрунтованих програм реабілітації адиктів підтверджують такі дослідники, як М. Корхонен, Б. С. Братусь, В. О. Іванов та ін. Учені наголошують, що необхідність психокорекційної допомоги на етапі ремісії особи з адиктивною поведінкою набагато перевищує необхідність у медикаментозній допомозі. Тому актуальним є з'ясування специфіки роботи закладів соціально-психологічної реабілітації різного підпорядкування для осіб з адиктивною поведінкою.

Варто виокремити змістовну наповненість поняття *адиктивна поведінка*. Адиктивна (залежна) поведінка (від англ. *addiction* – *схильність, згубна звичка*) – це поведінка людини, для якої притаманне прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану завдяки прийому різноманітних хімічних речовин чи постійній фіксації уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримання інтенсивних емоцій.

Пропоноване дослідження присвячене з'ясуванню специфіки роботи реабілітаційних центрів відповідно до їхніх форм власності та підпорядкування і розробці моделі оцінювання їх діяльності. Модель оцінювання діяльності реабілітаційних центрів має відповідати певним спільним вимогам і критеріям, що може стати основою для їх ліцензування.

Питання соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою в теоретико-методологічному аспекті розроблено недостатньо. Стикаємося із тим, що дослідження із цієї проблематики загалом були пов'язані виключно з медико-соціальною реабілітацією осіб з алкогольною залежністю (В. Ю. Зав'ялов, І. М. П'ятницька та ін.). Наприклад, у контексті роботи з алкозалежними медико-соціальну реабілітацію визначають як таку, що включає насамперед комплекс медичних

заходів, направлених на відновлення здоров'я, а потім уже йдеться про педагогічні, професійні, психологічні аспекти, що спрямовані на відновлення соціального функціонування та дієздатності осіб з обмеженнями внаслідок перенесеного захворювання [8].

Більшість вітчизняних дослідників описують лише медико-соціальний аспект реабілітації осіб із залежною поведінкою, що насправді є тільки частиною реабілітаційного процесу. Ефективним є підхід дослідників, який розглядає соціально-психологічну реабілітацію адиктів з урахуванням комплексного підходу, який включає вплив психологічних і соціальних факторів. При цьому пріоритет доцільно надавати саме концепції *зміни особистості* як головній у системі реабілітаційних заходів.

Визначимо основні принципи соціально-психологічної реабілітації. При роботі з клієнтом, залежним від алкоголю, у контексті соціально-психологічної реабілітації найважливішими *принципами* є такі: добровільності; конфіденційності; залучення сім'ї; допомоги та самодопомоги; комплексності.

Розглядаючи зарубіжні підходи до соціально-психологічної реабілітації осіб, залежних від алкоголю, насамперед варто зазначити, що існує різноманітна кількість підходів до роботи із цією клієнтською групою, які варіюються в межах конкретних країн.

Зарубіжні автори вважають соціально-психологічну реабілітацію ефективним засобом боротьби зі зловживанням алкоголем і відновлення життєдіяльності людей, які постраждали від нього. Соціально-психологічна реабілітація визначається як динамічний процес, змістовними компонентами якого є такі: діагностика й оцінювання; індивідуальність типу реабілітації; комплексність послуг реабілітації (фінансових, юридичних, психологічних); профілактика рецидиву (стратегії боротьби із тригерами); підзвітність програми реабілітації; соціальна реінтеграція клієнта [7, 10, 13].

З нашого погляду, такий підхід до змісту соціально-психологічної реабілітації є більш ефективним, адже він передбачає повноцінне відновлення життєдіяльності особи, акцентуючи увагу на попередній діагностиці відповідно до подальшої інди-

відуальної програми роботи, надання арсеналу послуг не лише психосоціальної спрямованості, але й юридичної, матеріальної, а також повноцінній реінтеграції.

Соціально-психологічна реабілітація осіб, залежних від алкоголю, базується на таких принципах:

- 1) розгляд проблеми реабілітації в контексті біопсихосоціального підходу;
- 2) раннє короткострокове втручання з боку медичних установ і консультантів з алкогольної залежності;
- 3) стратегії розвитку мотивації клієнтів до зміни;
- 4) скоординована міждисциплінарна команда;
- 5) супровід, подальше спостереження та спільнота, яка підтримує;
- 6) професійна підготовка консультантів з подолання адикцій.

Розглянувши зарубіжні підходи до визначення принципів соціально-психологічної реабілітації, варто вказати на принципи мотиваційного інтерв'ювання осіб, залежних від алкоголю. Доцільно працювати з опором клієнта: консультант допомагає клієнтам, які вважають, що не мають проблем, усвідомити, що їхнє переконання не узгоджується із фактами їхнього життя. Основний акцент варто спрямовувати на підтримку самоефективності клієнта, розуміння їм власної суб'єктності, можливості внести зміни, установити контроль над своїм життям. Важливою є орієнтація на сильні сторони і ресурси клієнтів, які роблять їх здатними боротися.

На нашу думку, доцільно орієнтуватися на вищезазначені принципи в контексті соціально-психологічної реабілітації адиктів, адже розуміння клієнтом можливості вибору, відповідальності за цей вибір, спрямованість на ефективну роботу є визначальними для усвідомлення особистого залучення і мотивації щодо корекції власної поведінки та подальшої реінтеграції у соціум.

Розглядаючи окремі зарубіжні програми реабілітації та лікування алкоголізму [8, 10, 12], слід зазначити, що є кілька способів класифікації програм у контексті реабілітаційної роботи із залежними від алкоголю. Серед складників, які використовують

у програмах реабілітації, заснованих на поведінковій або психо-соціальній основі, виокремлюють:

- програми самодопомоги;
- індивідуальне консультування;
- групові консультації/лікування;
- сімейну терапію;
- модифікацію поведінки.

Аналізуючи зміст вищевказаних компонентів соціально-психологічної реабілітації, зазначимо таке:

1) Індивідуальні консультації включають формування навичок рішучості, навчання навичкам копіngu, зміну способів реагування та поліпшення міжособистісних стосунків.

2) Групова терапія використовується з метою забезпечення структурованої, комплексної програми реабілітації для залежних осіб. Серед цілей групової терапії є інтеграція індивіда у групу, профілактика рецидивів, робота з минулими проблемами.

3) Сімейна терапія служить вагомим обов'язковим доповненням до інших методів. Її пріоритетами є: переконання сім'ї щодо спільної роботи; тренування членів сім'ї з метою вироблення навичок протистояння адикту й навчання способам зміцнення позитивної поведінки uzалежненої особи шляхом використання комунікативно-центрованої терапії.

4) Модифікації поведінки доцільні в корекції поведінки адикта. За їх допомогою учасники поступово отримують свободу, оскільки вони показують їхню особисту відповідальність, використовуючи позитивні нагороди.

Аналізуючи зазначені компоненти у структурі соціально-психологічної реабілітації адиктів, зосередимо увагу на тому, що у процес реабілітації залучена сім'я uzалежненої особи. Рівень залучення неформальний, а акцент зроблено на навчанні та тренуванні членів сім'ї щодо взаємодії із uzалежненою особою під час і після проходження соціально-психологічної реабілітації. Це ефективний спосіб, по-перше, підготовки сім'ї до життя й комунікації з адиктом, що перебуває в ремісії, а по-друге, попередження рецидиву у зв'язку зі взаємодією в сімейній системі.

Порівнюючи підходи зарубіжних учених до соціально-психологічної реабілітації осіб, uzалежнених від алкоголю, за-

значимо, що американські дослідники визначають такі підходи в соціальній реабілітації, як керовану самозміну, основний акцент у якій ставиться на прийнятті клієнтами відповідальності за рішення, план лікування та мотиваційне інтерв'ювання [7, 9, 11].

Проаналізувавши підходи вітчизняних і зарубіжних учених до визначення змісту соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою, можна зробити висновок, що в зарубіжних дослідників змістовність підходу до процесу реабілітації розроблена ґрунтовніше. Це виявляється в комплексності підходу до забезпечення соціально-психологічної реабілітації, на відміну від вітчизняних дослідників, які здебільшого орієнтуються на звуженість компонентів реабілітації адиктів або роблять акцент на її медичному аспекті.

11.3. Методи емпіричного дослідження роботи центрів соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою

Емпірична частина нашого дослідження включала вивчення роботи центрів соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою та розробку моделі оцінювання діяльності таких центрів.

Дослідженням було охоплено вісімнадцять центрів соціально-психологічної реабілітації алкозалежних осіб різних форм власності та підпорядкування м. Києва. Серед них шість центрів державного підпорядкування, шість – громадського та шість – приватного. Вибірку становили 35 фахівців із центрів і 58 осіб, які на момент дослідження проходили реабілітацію. Вибірка дослідження зумовлена тим, що практикуючі фахівці, які проводять заняття у центрах реабілітації із особами, залежними від алкоголю, обізнані щодо особливостей процесу реабілітації у відповідному центрі, реалізації форм і методів реабілітаційного процесу, здатні висвітлити ключові аспекти забезпечення й отримання реабілітаційних послуг. Особи, які проходять реабілітацію у цих центрах, обрані у зв'язку з тим, що вони здатні висвітлити процес реабілітації з боку одержувачів соціальних послуг.

Методами дослідження діяльності закладів соціально-психологічної реабілітації осіб, залежних від алкоголю, було обрано аналіз документів і структуроване інтерв'ю.

Метод аналізу документів є ефективним у дослідженні діяльності центрів реабілітації осіб, залежних від алкоголю, тому що він сприяє отриманню більш структурованої та детальної інформації для розв'язання досліджуваної проблеми та поглибленню її аналізу. Аналіз документів спрямований на інтерпретацію відомостей щодо змісту й особливостей регламентування діяльності центрів реабілітації. Традиційний класичний аналіз, на нашу думку, є ефективним у зв'язку з тим, що дозволяє охопити глибинні аспекти змісту документів, які регулюють діяльність реабілітаційних центрів різних форм власності та підпорядкування. Такий метод дослідження доцільний також тому, що дає змогу порівняти специфіку змісту діяльності центрів, закріплену в документах, з реальним наданням реабілітаційних послуг клієнтам. Параметрами аналізу документації закладів було обрано такі:

- *кількісні*: чи існують документи, на основі яких базується робота центру; тривалість його існування; підпорядкування центру; наявність положень, які висвітлюють зміст діяльності закладу;
- *якісні*: програма реабілітації, яка застосовується в установі; зміст положення про діяльність центру; правила поведінки й умови проходження реабілітації; документи, які передбачені діяльністю центру.

Структуроване інтерв'ю було розроблене для двох груп респондентів: 1) фахівців, які працюють у центрах реабілітації для залежних; б) осіб, залежних від алкоголю, які проходять реабілітацію у цих центрах.

Параметри інтерв'ю для фахівців розроблені з метою оцінювання ефективності програми реабілітації закладу. Серед них виділено п'ять блоків: 1) організаційні аспекти проходження реабілітації; 2) змістовна наповненість програми; 3) технологічна складова програми корекції; 4) супровід і контроль після проходження програми корекції; 5) оцінювання власної діяльності.

Перший блок, який стосується організаційних аспектів проходження реабілітації, включає такі параметри: тривалість і спосіб проходження реабілітації, кількісні показники груп і зустрічей, умови прийняття до закладу і способи розповсюдження інформації про центр.

Другий блок (змістовна наповненість програми) містить такі параметри: спрямованість програми реабілітації, структура побудови занять, теми занять, домашні завдання для осіб, які проходять реабілітацію, робота з їхніми родичами та сім'ями.

Третій блок визначає технологічну складову програми реабілітації та включає такі параметри: техніки й технології в роботі з адиктами, форми та методи роботи.

Четвертий блок розкриває діяльність закладу щодо супроводу та контролю після проходження програми реабілітації. Він містить такі параметри: особливості здійснення супроводу, залученість сім'ї в супровід і тривалість ремісії особи.

П'ятий блок визначає оцінювання власної діяльності фахівцями центру. Він містить такі параметри: оцінювання дієвості програми соціально-психологічної реабілітації, ефективності роботи фахівців і заходів програми, кваліфікації спеціалістів, які проводять програми, і можливих шляхів удосконалення програм центру та його діяльності з погляду фахівців.

Параметри інтерв'ю для осіб, які проходять реабілітацію, розроблені з метою оцінювання ефективності програми реабілітації закладу з погляду одержувачів соціальних послуг. Серед них виділено чотири блоки: 1) організаційні аспекти проходження реабілітації; 2) змістовна наповненість програми; 3) технологічна складова програми корекції; 4) оцінювання діяльності фахівців і ефективності реабілітаційних заходів.

Перший блок, який стосується організаційних аспектів реабілітації, включає такі параметри: тривалість проходження особою реабілітації в певному закладі, спосіб її проходження, умови прийняття до закладу та джерело, з якого дізналися про заклад.

Другий блок (змістовна наповненість програми) містить такі параметри: включення медичних послуг у програму реабілітації, структуру побудови занять, теми занять, домашні завдання й участь членів сім'ї залежної особи у програмі реабілітації.

Третій блок визначає технологічну складову програми реабілітації та включає такі параметри: форму проведення занять, методи роботи, активність учасників групи під час процесу реабілітації.

Четвертий блок визначає оцінювання діяльності закладу особами, які проходять реабілітацію. Він містить такі параметри: оцінювання роботи закладу й фахівців, оцінювання ефективності роботи групи, у якій особа на певний час проходить реабілітацію, шляхи вдосконалення програми реабілітації.

Результати емпіричного дослідження. Емпіричне дослідження показало, що соціально-психологічна робота з адиктами проводиться в закладах державного, громадського та приватного підпорядкування, у яких фактично відсутні державні програми соціально-психологічної реабілітації залежних осіб. Було виявлено, що у структурі наркологічних служб діє лише одна соціально-психологічна реабілітаційна програма для осіб, залежних від алкоголю, а саме в реабілітаційному наркологічному відділенні "Соціотерапія". Таку ситуацію можна пояснити тим, що наркологічна служба орієнтована на надання лише медичної допомоги, а соціально-психологічна допомога не вважається профільною в діяльності подібних установ.

Було встановлено, що ринок послуг соціально-психологічної реабілітації осіб, залежних від алкоголю, представлений такими видами послуг:

- плацебо – сугестивні методики (кодування, підшивання, торпедо, гіпнози);
- послуги духовно-орієнтованих співтовариств;
- послуги соціально-психологічної спрямованості.

Усі плацебо (сугестивні методики) базуються на директивах до виконання певних вправ або здійсненні прямої сугестії щодо симптоматики та поведінки хворого. Такі методики є малоефективними й короткотривалими, вони порушують етичні принципи в роботі із клієнтами й заборонені світовим науковим співтовариством.

Щодо послуг духовно-орієнтованих співтовариств, то вони спрямовані на заміщення алкогольної залежності на релігійну. Такі організації часто називають себе центрами ресоціалізації, але в них діє християнсько-орієнтована парадигма. Згідно з нею

пристрасть (залежність) розглядається як моральна вада, патологічне явище в поведінці, хвороба душі людини. На сьогодні духовно-орієнтована психотерапія широко використовується для реабілітації осіб, залежних від алкогольної, наркотичної залежності. Особливо дієво спрацьовує такий підхід для релігійних людей, які не довіряють традиційній психотерапії.

Соціально-психологічні послуги, які надаються в недержавному секторі, орієнтовані переважно на допомогу наркозалежним і не спеціалізуються на допомозі людям з алкогольною залежністю. Детоксикація та інші послуги медичного спрямування в роботі з людьми, залежними від алкоголю, є лише усуванням симптомів хвороби, але не її терапією.

Аналізуючи ринок послуг, який діє в Україні щодо соціально-психологічної реабілітації залежних, варто зазначити, що жодна з описаних вище сфер послуг не є ефективною та комплексною в реабілітації адиктів, адже ні орієнтація на медичний аспект, ні заміщення алкогольної залежності на релігійну, ні методики навчання не є результативними або тривалими для досягнення алкозалежними ремісії та повернення їх до повноцінного тверезого життя.

Аналіз послуг, які надають заклади реабілітації приватного підпорядкування для осіб, залежних від алкоголю, свідчить про те, що відрізняються вони лише ціновою політикою кожного окремого закладу. Серед видів послуг можна виокремити: лікування абстиненції (виведення із запою, психоактивні речовини, наркотики); реабілітацію (стаціонар, ізоляція, психотерапевтичне кодування); медикаментозне (хімічне) кодування. Подібні заклади передусім орієнтовані на медичний аспект реабілітації. Високі ціни за послуги таких центрів здебільшого недоступні особам, залежним від алкоголю.

Отже, більшість центрів, які надають допомогу алкозалежним (незалежно від форм власності та підпорядкування), зорієнтовані на медичний аспект реабілітації. При такому підході поза увагою спеціалістів залишається той факт, що основні причини зловживання наркотиками й алкоголем мають психологічні ви-токи, а формування залежності супроводжується появою в залежного сильного психічного потягу, який призводить до де-

формації мотиваційної сфери, негативно впливає на всі сфери його психічного життя. Соціально-психологічна реабілітація якщо і проводиться, то вважається додатковим напрямом допомоги й не має чітко визначеної мети, предмета, завдань, етапів.

З нашого погляду, однією із причин того, що допомога особам, залежним від алкоголю, у контексті соціально-реабілітаційної роботи перебуває в такому становищі, є відсутність державної програми акредитації, ліцензування та перевірки роботи закладів соціально-психологічної допомоги громадського і приватного підпорядкування. Робота таких центрів не перевіряється на відповідність до професійних стандартів, тому атрибут професійності в них є, по суті, формальним. Фактично склалася ситуація, коли кожна організація може назватися реабілітаційним центром, центром ресоціалізації та проводити лікування від алкоголізму, не володіючи достатнім досвідом, рівнем знань і належною підготовкою.

У ситуації, яка склалася в контексті роботи із особами, залежними від алкоголю, необхідним є запровадження програм їхньої соціально-психологічної реабілітації. Доцільність соціально-психологічної спрямованості таких програм продиктована тим, що необхідність соціально-психологічної допомоги на етапі ремісії залежної людини набагато перевершує необхідність у медикаментозній допомозі. Пріоритет психологічного, особистісного в захворюванні потребує перенесення акцентів у комплексному лікуванні алкоголізму з методів біологічної терапії та лікування на методи соціально-психологічної реабілітації. Підвищення ефективності допомоги особам з адиктивною поведінкою потребує створення соціально-психологічних програм реабілітації, основною метою яких має стати розробка стратегій формування здорової особистості з адекватними формами реагування, соціально позитивними моделями поведінки.

Робота центрів реабілітації алкозалежних державного сектору ґрунтується на розроблених їхніми фахівцями програмах соціально-психологічної реабілітації. Програма реабілітації у громадських центрах заснована на духовно-релігійних засадах, тут відсутня диференціація підходу до клієнтів. У приватних центрах здебільшого відсутня соціально-психологічна програма

реабілітації. В основі реабілітації приватних центрів лежить медична складова лікування. У більшості реабілітаційних центрів не передбачені робота із сім'єю клієнта під час проходження ним реабілітації та супровід клієнта після її завершення.

З'ясувалося, що в державних центрах у контексті надання соціально-психологічних реабілітаційних послуг працюють психологи, консультанти із залежностей, соціальні працівники; фахівці громадських центрів здебільшого є колишніми адиктами, тобто реабілітантами й волонтерами; у приватних центрах основний професійний склад становлять фахівці медичної сфери. Ефективність діяльності центрів, що були обстежені, визначити неможливо, оскільки процедура катамнезу там не передбачена. Соціальний супровід реабілітантів також відсутній.

11.4. Модель оцінювання діяльності центрів соціально-психологічної реабілітації

Зазначені проблеми зумовлюють необхідність розробки моделі оцінювання діяльності центрів соціально-психологічної реабілітації осіб, залежних від алкоголю. Така модель передбачає вивчення роботи реабілітаційних закладів за параметрами:

- єдине вікно звернень;
- отримання інформації для бази даних;
- індивідуальні способи роботи з клієнтом, який звернувся;
- діагностика стадії uzалежнення;
- спосіб проходження програми реабілітації та її зміст.
- Обов'язковими змістовними компонентами процесу реабілітації мають бути:
- умови проходження програми реабілітації;
- професійний склад фахівців центрів;
- відкритість (співпраця) центру та соціальний супровід після реабілітації.

На рис. 11.1 представлено модель оцінювання діяльності центрів соціально-психологічної реабілітації.



Рис. 11.1. *Модель оцінювання діяльності центру соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою*

Розглянемо докладніше складові цієї моделі. Обов'язковими є наявність єдиного вікна звернень, що дає можливість звернення як співзалежних, так і самого адикта, і отримання інформації від особи, яка звертається, з її правом на анонімність. Маємо на увазі, що незалежно від того, хто звертається, співзалежний чи адикт, обов'язковим є зазначення імені, періоду вживання, контактного телефону й дати звернення, після чого запис про звернення заноситься у банк даних, де особі, яка звернулася, приписують особистий код. Це роблять із метою підтримувати подальший зв'язок із клієнтами. Підкреслимо, що при цьому збережено право людини на анонімне звернення. Створення банку даних потрібне для того, щоб під час наступного звернення особи можна було її ідентифікувати.

Наступним параметром, зазначеним у моделі, є диференціація способу роботи з клієнтом залежно від того, хто звернувся до центру. Якщо це співзалежний, то робота буде ґрунтуватися на застосуванні кризової інтервенції; за неуспішності кризової інтервенції співзалежний продовжить роботу в центрі. У випадку успішності кризової інтервенції паралельно відбувається робота з клієнтом, яка полягає в застосуванні мотиваційно-психологічного консультування. За успішної роботи клієнта залучають до проходження реабілітації. Якщо адикт звернувся самотійно, то роботу будують у контексті мотиваційно-психологічного консультування.

Спосіб проходження реабілітації передбачає оцінювання роботи центру за такими критеріями: тривалість проходження реабілітації, етапність реабілітаційного процесу та можливість індивідуального вибору занять під час реабілітації. Така гнучкість сприятиме врахуванню специфіки індивідуального бажання участі в певному виді занять окремого клієнта, що підвищуватиме ефективність проходження ним реабілітаційної програми. Маємо на увазі, що в реабілітаційному центрі, окрім обов'язкового і структурованого відвідування занять і груп, передбачено відвідування клієнтом груп із врахуванням його власного бажання. Можливість вибору різновиду занять сприятиме контролюваності реабілітаційного процесу з боку клієнта, його актив-

ності й ініціативності у процесі реабілітації, відчуттю себе суб'єктом власної життєдіяльності.

Можливість позитивного оцінювання діяльності центру передбачає насамперед обов'язкову наявність у ньому програми реабілітації. Перевірка діяльності центру за цим параметром може здійснюватися згідно з такими критеріями: обґрунтованість реабілітаційної програми; спектр заходів і груп, які включені в реабілітаційну програму; орієнтація програми реабілітації на особливості клієнтів з різними видами адикцій, що передбачає врахування їхньої специфіки та диференційований підхід. Критерій варіативності занять необхідний, адже чим ширший спектр різновидів занять і груп, тим ґрунтовніший підхід до реабілітації кожного окремого клієнта.

Наступний параметр оцінювання – умови проходження програми. Професійний склад реабілітаційних центрів доцільно оцінювати відповідно до таких критеріїв: кількісний склад, якісний склад, професійна підготовка спеціалістів центру. Кількісний склад передбачає достатню кількість фахівців на кількість учасників реабілітаційної групи для ефективного надання реабілітаційних послуг. Якісний склад включає дипломованих фахівців з надання реабілітаційних послуг (соціальних працівників, психологів, психотерапевтів). Професійна підготовка спеціалістів центру передбачає наявність супервізії, участь спеціалістів у навчальних тренінгах і програмах.

Відкритість реабілітаційних центрів оцінюється за критерієм взаємодії з іншими закладами й центрами. Серед них варто виділити наркологічні лікарні, соціальні служби, інші реабілітаційні центри. Відкритість і налагоджені зв'язки центрів реабілітації з іншими закладами свідчать про прозорість їхньої діяльності, готовність до злагодженої роботи й обміну досвідом, що є вагомим аспектом оцінювання якості роботи.

Умови проходження програми реабілітації мають бути обов'язковими для реабілітаційних центрів різних форм власності та підпорядкування: тверезість, виконання правил центру та підписання контракту.

Змістовні компоненти процесу реабілітації включають такі обов'язкові складові, як корекція поведінки та профілактика

зриву адикта, програма роботи зі співзалежними та сімейне навчання. Зміст програми роботи зі співзалежними включає психологічні консультації, групи підтримки й інформаційні заняття. Додільно окремо виділити програми роботи зі співзалежними, тому що такі програми передбачають комплексну роботу зі співзалежною особою, навіть за відмови самого адикта брати участь у процесі реабілітації. Сімейне навчання передбачає засвоєння моделей і способів поведінки із особою, яка проходить реабілітацію.

Важливим компонентом реабілітації в державних і приватних центрах є комплекс надання соціальних послуг узалежненій особі, який може включати юридичні послуги, послуги із працевлаштування тощо. У громадських центрах ми не вважаємо надання соціальних послуг обов'язковою складовою реабілітаційного процесу, що пов'язано зі спрямованістю та специфікою реабілітаційних послуг у таких центрах.

Спосіб проходження реабілітації передбачає оцінювання роботи центру за такими критеріями: тривалість проходження реабілітації, етапність реабілітаційної процесу та можливість індивідуального вибору занять під час проходження реабілітації.

Відкритість реабілітаційних центрів містить такі критерії, як взаємодія центру з іншими закладами й центрами, обмін досвідом фахівців реабілітаційних центрів.

Оцінювання соціального супроводу включає ведення катамнезу клієнта та моніторинг його життєдіяльності. У центрах приватного й державного підпорядкування передбачена така процедура соціального супроводу клієнта та його сім'ї після проходження реабілітації. Цей параметр не виділений для центрів реабілітації громадського сектору, адже результати емпіричного дослідження продемонстрували можливість залишати клієнта на волонтерських засадах у громадських центрах реабілітації на постійній основі. У зв'язку з тим, що модель оцінювання діяльності центрів соціально-психологічної реабілітації осіб, залежних від алкоголю, ураховує особливості та специфіку існування реабілітаційних центрів різних форм власності та підпорядкування, виділяти соціальний супровід як обов'язковий параметр для громадських центрів, на нашу думку, недоцільно.

Модель оцінювання діяльності центрів соціально-психологічної реабілітації осіб, залежних від алкоголю, – перший крок для запровадження стандартів надання реабілітаційних послуг алкозалежним особам. Вона передбачає оцінювання діяльності центрів реабілітації різних форм власності та підпорядкування за певними критеріями на відповідність до професійних стандартів надання реабілітаційних послуг, що сприятиме подальшим ліцензуванню й акредитації роботи реабілітаційних закладів щодо надання допомоги алкозалежним особам.

Список використаних джерел

1. Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме / Б. С. Братусь. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1974.
2. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. – Новосибирск : Наука, 1988.
3. Иванов В. О. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб, залежних від алкоголю : наук.-метод. посіб. / В. О. Иванов, Ю. М. Безсмертний, Д. Ю. Старков. – К. : ПАТ "Віпол", 2013.
4. Мороз Р. Л. Реабилитация после алкогольной зависимости [Электронный ресурс] / Р. Л. Мороз // вебсайт Реабілітаційного центру для наркозалежних "Альтернатива". – Режим доступу : <http://alternativ.com.ua>
5. Пятницкая И. Н. Подростковая наркология / И. Н. Пятницкая, Н. Г. Найденова. – М. : Медицина, 2002.
6. Руководство по аддиктологии / под. ред. В. Д. Менделевича. – СПб. : Речь, 2016.
7. Старков Д. Ю. Використання щоденника самоаналізу у підвищенні рівня осмислення життя девіантів (на прикладі корекції адиктивної поведінки) / Д. Ю. Старков // Методи роботи з девіантами в умовах сучасного соціокультурного середовища : метод. рекомендації [Електронний ресурс] / Н. Ю. Максимова, А. М. Грись, І. Ф. Манілов та ін. ; за ред. Н. Ю. Максимової. – К. : Пед. думка, 2015. – С. 57–72. – Режим доступу : <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/10359>
8. Флорес Ф. Дж. Групповая психотерапия зависимостей / Ф. Дж. Флорес. – М. : Ин-т общегуманитар. исслед., 2014.
9. Alcohol problems and approaches: theories, evidence and Northern practice by Marja Korhonen, Ph.D. (Counselling Psychology) Ajuunnginiq Centre National Aboriginal Health Organization Ottawa, Ontario June, 2004.

10. Acupuncture treatment of alcoholic recidivism: A pilot study / M. L. Bullock, A. J. Umen, P. D. Culliton, R. T. Olander // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. – 2017. – № 11(3). – P. 292–295.
11. Dies K. R. Directive facilitation: A model for short-term group treatments. Part 2. The Independent Practitioner / K. R. Dies, R. R. Dies. – 1993. – № 13. – P. 177–183.
12. Evidence-based practice of psychological treatments: a Canadian perspective : Report of the CPA Task Force on Evidence-Based Practice of Psychological Treatments Canadian Psychological Association (CPA). – 2012.
13. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. – 3rd ed. / National Institute on Drug Abuse ; National Institutes of Health ; U.S. Department of Health and Human Services. – 2012.
14. Crowe Ann H. Treatment for alcohol and other drug abuse: opportunities for coordination technical assistance publication series / Ann H. Crowe, Rhonda Reeves. – 2018.

ДОДАТОК

"ЗАТВЕРДЖЕНО"

На засіданні комісії з питань захисту
прав дитини
від "___" _____ 200__ року
протокол № _____

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН

Соціального захисту дитини, яка опинилася у складних життєвих обставинах, дитини-сироти
та дитини, позбавленої батьківського піклування

На період з _____ до _____

I. Загальні дані про дитину

Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____

Дата народження _____ Вік _____

Місце народження: Область _____ Район _____

Місто/Населений пункт _____

Місце проживання (перебування дитини) _____

Перебування дитини на обліку ССД (№ та дата наказу) _____

II. План забезпечення потреб дитини у розвитку

Зміст

1. Соціальний блок (компонент)
2. Правовий блок (компонент)
3. Медичний блок (компонент)
4. Психологічний блок (компонент)
5. Педагогічний блок (компонент)

Компоненти соціальної ситуації розвитку дитини	Актуальний стан задоволення потреби (дата на момент заповнення)	План щодо задоволення потреб	Термін виконання	Результат (або коментар, коли не вдалось реалізувати заходи плану)	Відповідальні особи
1	2	3	4	5	6
1. Соціальний блок (компонент)					
1. Відомості про батьків або осіб, які їх замінюють, братів, сестер, інших близьких родичів. Адреса місця проживання _____ Телефон _____ Батько _____ (ПІБ) Де і ким працює _____ Чи має ознаки: Вживання алкоголю _____ Вживання наркотиків _____					

Продовження дод.

1	2	3	4	5	6
Інші залежності _____ Відомості про стан здоров'я _____ _____ Притягування до адміністративної або кримінальної відповідальності (стаття, дата, перебування в місцях позбавлення волі), _____ Позбавлення батьківських прав _____ _____ Мати _____ (ПІБ) Де і ким працює _____ Чи має ознаки: Вживання алкоголю _____ Вживання наркотиків _____ Інші залежності _____ Відомості про стан здоров'я _____ _____ Притягування до адміністративної або кримінальної відповідальності (стаття, дата, перебування в місцях позбавлення волі), _____					

Продовження дод.

1	2	3	4	5	6
Позбавлення батьківських прав _____ Інші діти _____ Інші члени сім'ї або особи, які проживають з дитиною та батьками _____ Відомості про стан здоров'я ін. родичів чи осіб, які проживають на одній житловій площі з дитиною _____ Притягування до адміністративної або кримінальної відповідальності (стаття, дата, перебування в місцях позбавлення волі) _____					
2. Житлово-матеріальні умови: Місце проживання (квартира, прив. будинок, оренда тощо) _____ Скільки осіб мешкає в одній кімнаті _____ _____ Де мешкає дитина (з ким), чи є в дитини свій куток, ліжко, стіл для навчання, іграшки тощо.					

1	2	3	4	5	6
Матеріальні умови (заг. дохід сім'ї)					
Додаткова соціальна допомога (чи отримують допомогу на дитину)					
3. Характер взаємовідносин між батьками, родичами (ознаки насилля між дорослими членами родини). Наявність проблем у виконанні батьківських функцій. Особливості взаємовідносин дитини з батьками або особами, які їх замінюють (особливості спілкування, рівень прихильності, стиль виховання, ознаки жорстокого поводження з дитиною, конфлікти тощо)					
4. Інформація про дитину: – Місце реєстрації дитини, свідоцтво про народження – №, серія, дата; – реалізованість права дитини на освіту (заклад освіти, клас);					

Продовження дод.

1	2	3	4	5	6
– медичний заклад, у якому спостереігається дитина (поліклініка); – наявність асоціальних виявів (схильність до бродяжництва, жебракування, вживання психоактивних речовин тощо)					
5. <i>Причини переміщення дитини із сім'ї, форма влаштування, кількість переміщень</i> (періоди, дати)					
2. Правовий блок (компонент)					
1. Питання правового статусу дитини-сироти, дитини, позбавленої батьківського піклування, дитини, яка опинилася у складних життєвих обставинах					
2. Забезпечення житлових та майнових прав дитини (реєстрація, наявність майна, право на одержання різних видів державної допомоги, аліменти тощо)					
3. Медичний блок (компонент)					
1. <i>Стан фізичного розвитку (зріст, вага):</i> – відповідність ваги і зросту до визначених норм розвитку людини певного віку;					

Продовження дод.

1	2	3	4	5	6
– наявність/відсутність хвороб, захворювань, установлених діагнозів (у т. ч. хронічних); – перенесені захворювання протягом останнього періоду; – наявність інвалідності, дата встановлення; – загальний стан здоров'я; – проведені щеплення, їх своєчасність					
4. Психологічний блок (компонент)					
1. Пізнавальна сфера (відчуття, сприйняття, уявлення, увага, пам'ять, мислення, мовлення)					
2. Емоційно-вольова сфера (почуття, переживання, емоційні реакції, довільна, мимовільна поведінка, самоконтроль, саморегуляція, адаптаційні можливості, рівень прихильності до батьків)					

Продовження дод.

1	2	3	4	5	6
3. Мотиваційно-особистісна сфера (мотиваційна спрямованість, самооцінка, темперамент, характер, здібності)					
4. Поведінкова сфера (реакції на успіх та невдачу, схвалення та критику, характер міжособистісних стосунків з однолітками та дорослими, формування навичок самообслуговування, асоціальні вияви, залежності)					
5. Педагогічний блок (компонент)					
1. Відповідність віку дитини до класу, який вона відвідує; якщо є невідповідність, то її причини					
2. Ставлення дитини до навчання					
3. Успіхи дитини у засвоєнні навчальної програми загалом і конкретних навчальних предметів зокрема, відповідність навчальних досягнень до можливостей дитини					
4. Можливі труднощі в навчанні та спілкуванні у класі, групі, з однолітками, педагогами. Стан відвідування					

Закінчення дод.

1	2	3	4	5	6
дитиною школи (чи регулярно вона це робить, якщо ні, то чому). Чи відвідує позашкільні навчальні заклади, секції, гуртки тощо					

План переглянуто на засіданні комісії з питань захисту прав дитини (дата, № протоколу)_____

Внесені зміни або доповнення (назва блоку та пункту, до якого внесені зміни та доповнення)

Секретар комісії (ПІБ, підпис)_____

План переглянуто на засіданні комісії з питань захисту прав дитини (дата, № протоколу)

Внесені зміни або доповнення (назва блоку та пункту, до якого внесені зміни та доповнення)

З М І С Т

ПЕРЕДМОВА	3
-----------------	---

ЧАСТИНА І	
МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВПРОВАДЖЕННЯ	
СОЦІАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРАКТИК	
В УКРАЇНІ	5

Розділ 1	
ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНІ МОДЕЛІ	
СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	5
1.1. Соціальні практики, орієнтовані на особистість.....	5
1.2. Особистісно-орієнтований підхід у системі соціальної роботи	7
1.3. Принципи та стандарти особистісно-орієнтованої практики	10
1.4. Зарубіжні практики відновлення.....	12
1.5. Виклики та критика особистісно-орієнтованого підходу в соціальній роботі.....	27

Розділ 2	
ОСОБИСТІСНЕ ЗРОСТАННЯ ТА РОЗВИТОК	
У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ	30
2.1. Історичні передумови формування концепцій особистісного та психологічного зростання.....	30
2.2. Провідні концепції особистісного та психологічного зростання у XX сторіччі	31
2.3. Зв'язок самоактуалізації з виявами захисних механізмів психіки	41
2.4. Концепція посттравматичного зростання в реабілітології.....	49

Розділ 3

ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ФОРМУВАННЯ СУБ'ЄКТНОСТІ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ	66
3.1. Способи організації суспільства щодо людей з інвалідністю.....	66
3.2. Екологічність життя людей з інвалідністю	71
3.3. Принципи соціальної, педагогічної та психологічної роботи з людьми з інвалідністю.....	76
3.4. Формування та розвиток соціальної інклюзії людей з інвалідністю.....	83

Розділ 4

СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТРАЖДАЛИХ СПІЛЬНОТ: ГРУПОВА РЕФЛЕКСІЯ ЗЦІЛЕННЯ	90
4.1. Виклики відновлення поствоєнних громад	90
4.2. Постраждала спільнота як дестабілізована соціальна система	92
4.3. Поняття колективної соціальної травми.....	94
4.4. Чотири підходи до розуміння постраждалих спільнот	95
4.5. Динаміка травми постраждалої спільноти	98
4.6. Принципи підготовки фахівця до соціальної реабілітації громад	116

ЧАСТИНА II

СТВОРЕННЯ СЕРЕДОВИЩА ВІДНОВЛЕННЯ: ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ЗМІСТОВІ ХАРАКТЕРИСТИКИ	120
---	------------

Розділ 5

УПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА В УНІВЕРСИТЕТІ	120
5.1. Нормативно-правове регулювання інклюзивної освіти у вищій школі.....	120
5.2. Поняття інклюзивного освітнього середовища університету.....	129
5.3. Дослідження зарубіжних практик інклюзивного середовища університету.....	134

Розділ 6

СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ СУБ'ЄКТНОСТІ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ У ПРИЙМАЮЧІЙ ГРОМАДІ

- | | |
|--|-----|
| 144 | |
| 6.1. Вимушена внутрішня міграція: ситуація в Україні..... | 144 |
| 6.2. Значення соціальної підтримки в ситуації
вимушеного переселення..... | 150 |
| 6.3. Соціально-психологічний вимір вимушеної
міграції: вплив вимушеного переміщення
на особистість людини..... | 158 |
| 6.4. Соціальна підтримка як засіб розвитку суб'єктності
внутрішньо переміщених осіб: результати
емпіричного дослідження..... | 162 |

Розділ 7

УНІВЕРСАЛЬНИЙ ДИЗАЙН ТА ІНКЛЮЗИВНІСТЬ У МІСЬКОМУ ПРОСТОРІ

- | | |
|---|-----|
| 176 | |
| 7.1. Чи існує урбаністичний дизайн в Україні?..... | 176 |
| 7.2. Поняття та історія універсального дизайну | 179 |
| 7.3. Нормативно-правове регулювання впровадження
універсального дизайну та інклюзивності
в міський простір..... | 186 |
| 7.4. Міжнародні практики універсального дизайну
та інклюзивності в міському просторі..... | 189 |

Розділ 8

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРАКТИК ДЛЯ СТВОРЕННЯ СЕРЕДОВИЩА ВІДНОВЛЕННЯ В ДІЯЛЬНОСТІ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

- | | |
|--|-----|
| 199 | |
| 8.1. Організаційно-правове забезпечення середовища
відновлення у практиці життєдіяльності
територіальних громад..... | 199 |
| 8.2. Технологічне забезпечення становлення
середовища відновлення у практиках
життєдіяльності територіальних громад..... | 214 |
| 8.3. Кадрове забезпечення створення середовища
відновлення в територіальній громаді..... | 221 |

ЧАСТИНА III	
СОЦІАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПРАКТИКИ	
В РОБОТІ З ДІТЬМИ ТА ДОРΟΣЛИМИ.....	228

Розділ 9

СОЦІАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПРАКТИКИ	
ДЛЯ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ	228
9.1. Реформа деінституціалізації в Україні: трансформація старої системи державної опіки над дітьми.....	228
9.2. Методологічні засади соціальної реабілітації дітей....	231
9.3. Різновиди соціально-реабілітаційних практик для дітей в Україні	237

Розділ 10

ГРУПИ ВЗАЄМОПІДТРИМКИ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ	
ПСИХОТРАВМУВАЛЬНІ ПОДІЇ	270
10.1. Робота з постраждалими від психотравмувальних подій: нові виклики.....	270
10.2. Підходи до розуміння змісту психосоціальної підтримки під час надзвичайних та екстремальних ситуацій.....	275
10.3. Проживання та подолання наслідків масових психотравмувальних подій у групах взаємопідтримки: потенціал підходу резилієнс	282
10.4. Динаміка груп взаємопідтримки, що функціонували під час подій 2014 року на Майдані, і механізмів резилієнсу їхніх учасників	286

Розділ 11

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ	
ОСІБ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ	303
11.1. Правове поле соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою	303

11.2. Теоретико-методологічні підходи до розв'язання проблеми соціально-психологічної реабілітації адиктів	305
11.3. Методи емпіричного дослідження роботи центрів соціально-психологічної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою	309
11.4. Модель оцінювання діяльності центрів соціально-психологічної реабілітації	315
ДОДАТОК	322

Наукове видання

**ЧУЙКО Олена Василівна
КУНЦЕВСЬКА Анастасія Володимирівна
ТОХТАМИШ Олександр Михайлович
та ін.**

СУЧАСНІ ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Монографія

Редактор Н. М. Земляна

Оригінал-макет виготовлено ВПЦ "Київський університет"



Формат 60x84^{1/16}. Ум. друк. арк. 19,5. Наклад 100. Зам. № 221-10283.
Гарнітура Times New Roman. Папір офсетний. Друк офсетний. Вид. № Пс13.
Підписано до друку 24.11.21

Видавець і виготовлювач
ВПЦ "Київський університет",
Б-р Тараса Шевченка, 14, м. Київ, 01601, Україна
☎ (38044) 239 32 22; (38044) 239 31 72; тел./факс (38044) 239 31 28

e-mail: vpc_div.chief@univ.net.ua; redaktor@univ.net.ua
[http: vpc.knu.ua](http://vpc.knu.ua)
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 1103 від 31.10.02