

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

Максимова Н. Ю.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Навчальний посібник



УДК 364:159.9(075.8)

М17

Рецензенти:

д-р психол. наук, проф. А. М. Грись
(Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України);
д-р психол. наук, проф. К. Л. Мілютіна,
канд. психол. наук, доц. О. М. Тохтамиш
(Київський національний університет імені Тараса Шевченка)

*Рекомендовано до друку
вченою радою факультету психології
(протокол № 6 від 25 листопада 2021 року)*

*Ухвалено науково-методичною радою
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
(протокол № 3-22 від 14 квітня 2022 року)*

Максимова Н. Ю.

М17

Психологічні основи соціальної реабілітації: навч.
посіб. / Н. Ю. Максимова. — К. : ВПЦ "Київський універ-
ситет", 2022. — 288.

ISBN XXXXXXXXXX

Наведено визначення соціальної реабілітації як складової соціальної роботи, розглянуто її етичні засади, історичні аспекти та сучасні підходи, закономірності, принципи, завдання, моделі, методи й технології. Визначено особливості соціальної реабілітації відповідно до цільових груп клієнтів та організаційні форми соціально-реабілітаційних практик. Сформульовано запитання для самоперевірки, завдання для самопідготовки, творчі завдання.

Для студентів, аспірантів і фахівців із соціальної реабілітації та соціальної роботи, соціальних педагогів, практичних психологів.

УДК 364:159.9(075.8)

ISBN XXXXX

© Максимова Н. Ю., 2022
© Київський національний університет імені Тараса Шевченка,
ВПЦ "Київський університет", 2022

ПЕРЕДМОВА

Реалії сьогодення свідчать про наявність проблем, розв'язання яких потребує упорядкування всіх сфер життя. Кардинальні зміни у соціальній сфері необхідні для створення високоефективної системи, що спрямована на запити соціуму і має забезпечити різнобічне сприяння особистості у процесі її розвитку та самореалізації.

Політична нестабільність, соціально-економічні кризи призводять до порушення нормальної життєдіяльності більшості членів суспільства, загострення протистояння особистості та соціальних груп. Наслідками цього є деформація суспільної свідомості, злам цінностей та соціальних норм, розвиток дестабілізаційних процесів у житті суспільства. Саме необхідністю розв'язання усіх зазначених вище проблем та соціальних суперечностей пояснюється актуальність реалізації системи соціальної роботи, соціального захисту, соціальної реабілітації, допомоги тощо.

У прагненні підвищити професійний статус соціальна робота все далі відходить від своїх колишніх функцій, коли вона лише компенсувала, ішла слідом за проблемами. Для того щоб зберегти віру у свою професію, її функціонування у світі, що змінюється, соціальні педагоги й соціальні працівники мають бути на передовій лінії фронту соціального розвитку, акцентуючи діяльність на створенні оптимальних умов для самореалізації кожної людини.

При написанні пропонованого навчального посібника було враховано вимоги Стандарту вищої освіти, що був затверджений наказом Міністерства освіти і науки України від 24 квітня 2019 р., № 556; освітньо-наукової програми "Соціальна реабілітація", другий (магістерський) рівень вищої освіти, ступінь вищої освіти "магістр", галузь знань 23 "Соціальна робота", спеціальність 231 "Соціальна робота".

Метою створення посібника є підготовка випускників до працевлаштування, що передбачає роботу за фахом у закладах освіти та соціально-психологічних установах, підпорядкованих Міністерству освіти і науки, Міністерству соціальної політики, Міністерству охорони здоров'я на посадах "соціальний працівник", "соціальний педагог", "фахівець із соціальної роботи", "інспектор з охорони

дитинства", "спеціаліст центру соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді", "вихователь соціальний з роботи з дітьми-інвалідами", "спеціаліст закладів соціального обслуговування" тощо, а також у соціально-орієнтованих установах, підприємствах, організаціях, закладах державної і комунальної форм власності.

Структурно-логічна схема освітньо-наукової програми, відповідно до якої створено цей навчальний посібник, включає такі блоки, які реалізуються у навчальних дисциплінах.

1. Методологія соціальної реабілітації. Навчальні дисципліни: "Методологія сучасних технологій соціально-психологічної реабілітації", "Методологія та організація наукових досліджень з основами інтелектуальної власності", "Соціальне партнерство у програмах реабілітації", "Ресоціалізація", "Соціальна реабілітація та соціальна корекція" (викл. англ. мовою), "Технології соціалізації та ресоціалізації переселенців і демобілізованих", "Технології соціальної адаптації та інтеграції".

2. Психологія реабілітаційного процесу. Навчальні дисципліни: "Соціальна психологія травми і травмувальних подій", "Моделі роботи із травмою", "Реабілітаційні моделі допомоги у Західній Європі та США", "Психологія соціальних організацій", "Медіація в діяльності соціальних організацій", "Міжнародний досвід мультидисциплінарних команд у реабілітаційному процесі".

3. Керування реабілітаційним процесом. Навчальні дисципліни: "Професійна та корпоративна етика", "Управління якістю в соціальній роботі" (викл. англ. мовою), "Педагогіка та психологія вищої школи", "Державна політика в галузі соціального захисту постраждалих у надзвичайних ситуаціях", "Тренінг управлінської компетентності", "Фандрайзинг в управлінні соціальними інституціями".

4. Технології соціальної реабілітації. Навчальні дисципліни: "Соціальні технології розвитку громади", "Соціальна робота та права людини у діяльності міжнародних організацій", "Психологічні засади соціального інформування", "Динаміка соціальних характеристик постраждалих спільнот", "Соціальне забезпечення та соціальне страхування", "Проектування розвитку спільнот в умовах кризи", "Технології оцінювання соціальної ситуації спільноти", "Тренінг психологічної готовності до роботи з по-

страждалими", "Соціальна реабілітація постраждалої сім'ї", "Екстрена консультативна допомога постраждалим".

5. Навчально-професійні практики: навчальна (клінічна) практика, виробнича (науково-дослідницька) практика, кваліфікаційна робота магістра.

Обсяг освітньої програми становить 120 кредитів ЄКТС, термін навчання – 2 академічні роки.

Перед соціальною освітою в Україні стоїть важливе завдання – збалансувати складну ситуацію сьогодення, поставивши в центрі уваги людину, зробивши на неї ставку, особливо людину, чия безпека, життєвий рівень, права і добробут потребують значного поліпшення. І саме тут соціальна робота має відігравати провідну роль. Для цього потрібні весь досвід, знання, що накопичені як у нашій країні, так і за кордоном, які треба навчитися мудро використовувати і розвивати.

Підготовка соціальних педагогів і соціальних працівників як окремий напрям професійної освіти і професійної діяльності почала формуватися на початку 1990-х рр., тоді ж в Україні професія "соціальний працівник" була введена до Класифікатора професій.

У квітні 1991 р. постановою Держкомпраці СРСР Кваліфікаційний довідник посад керівників, спеціалістів і службовців був поповнений кваліфікаційними характеристиками "спеціаліст із соціальної роботи", "соціальний педагог" та "соціальний працівник". У 2012 р. було запроваджено введення посади фахівця із соціальної роботи до структури і штатів центрів соціальних служб. Фахівець із соціальної роботи – це особа, яка має вищу освіту, необхідні знання та особистісні якості для виконання особливого, інтегрованого, універсального виду діяльності у соціальній сфері. Професія "соціальний реабілітолог" ще офіційно не затверджена, але його функції здійснюють і фахівці із соціальної роботи, і соціальні працівники, і соціальні педагоги. Ці посади стали еквівалентом прийнятої у світі посади "соціальний працівник". У навчальному посібнику ми будемо використовувати всі ці визначення, оскільки всі зазначені фахівці, а також психологи, причетні до проблем соціальної реабілітації. Зважаючи на те, що спеціалізація "Соціальна реабілітація" вхо-

дить до програми підготовки студентів за спеціальністю "Соціальна робота" та для лаконічності викладу всі зазначені посади фахівців із соціальної реабілітації ми здебільшого будемо називати "соціальний працівник".

Зміст і структура навчального посібника спрямовані на: формування у студентів знань про соціальну реабілітацію як основу соціальної інтеграції осіб, які перебувають у ексклюзії; оволодіння майбутніми професійними соціальними працівниками теоретичними знаннями і практичними навичками з організації і проведення заходів з оптимізації життєдіяльності соціально дезадаптованих осіб, їхнього психологічного стану, соціального функціонування загалом.

Формування компетенцій із соціальної реабілітації майбутнього соціального працівника в навчальному середовищі закладу вищої освіти розглядатимемо як спільну діяльність її суб'єктів і самостійну роботу студентів щодо оволодіння здатністю до розв'язання професійних завдань соціальної роботи. Реабілітаційна компетентність – це особистісна якість фахівця із соціальної роботи, що формується у процесі розвитку й саморозвитку особистості; показник рівня інформованості фахівця про мету, завдання, сутність, структуру, рівень володіння відповідними методами, технологіями.

У процесі навчання системно, поступово, цілеспрямовано формуються компетентності, серед яких навчальний посібник забезпечує такі *здатності*: до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт, виявляти ініціативу та підприємливість, адаптуватися і діяти в новій ситуації, працювати в команді, а також *фахові компетентності*: розуміння та використання сучасних теорій, методологій і методів щодо завдань фундаментальних і прикладних досліджень у сфері соціальної роботи; виявлення соціально значущих проблем і факторів досягнення соціального благополуччя різними групами населення; професійне діагностування, прогнозування, проєктування та моделювання соціальних ситуацій; уміння упроваджувати методи і технології інноваційного практикування та управління в систему соціальної роботи; уміння спілкуватися із представниками інших про-

фесійних груп різного рівня (експертами з інших сфер/видів економічної діяльності), налагоджувати взаємодію державних, громадських і комерційних організацій на підґрунті соціального партнерства, оцінювати процес і результат професійної діяльності та якості соціальних послуг; здібність до професійної рефлексії, спільної діяльності та групової мотивації, фасилітації процесів прийняття групових рішень; уміння доводити знання та власні висновки до фахівців і нефахівців, виявляти професійну ідентичність та діяти згідно із цінностями соціальної роботи, критично оцінювати соціальні наслідки політики у сфері прав людини, соціальної інклюзії та сталого розвитку суспільства; здатність до формування позитивного іміджу професії та її статусу в суспільстві, оволодіння навичками самостійно опановувати нові знання з використанням сучасних освітніх та дослідницьких технологій у соціальній сфері; уміння запроваджувати в роботі із соціально виключеними групами клієнтів принципи незалежного життя, рівності прав, вивчати і зберігати сімейні й соціальні зв'язки індивідів, комплексність і послідовність, стимулювати процеси саморозвитку, налагоджувати професійну взаємодію у міждисциплінарних командах, розв'язувати професійні задачі у межах своєї компетенції, будувати реабілітаційний процес із врахуванням порушень функцій і структури організму, характеристик активності й участі реабілітанта, а також факторів навколишнього середовища, що впливають на здоров'я та життєдіяльність.

Використовуючи інформацію, що надана у навчальному посібнику, студент має володіти *компетенціями*, що зазначені у програмних результатах навчання: розв'язувати складні задачі і проблеми, що потребують оновлення та інтеграції знань в умовах недостатньої інформації та суперечливих вимог; критично оцінювати результати наукових досліджень і різні джерела знань про практики соціальної роботи, формулювати висновки та рекомендації щодо їх упровадження; показувати глибинне знання та системне розуміння теоретичних концепцій, як у сфері соціальної роботи, так і в інших соціогуманітарних науках; самостійно знаходити інформацію, необхідну для професійного зростання, опановувати її, засвоювати та продукувати нові знан-

ня, розвивати професійні навички та якості; виконувати рефлексивні практики в контексті цінностей соціальної роботи, відповідальності, зокрема й для запобігання професійному вигоранню; аналізувати соціальний та індивідуальний контекст проблем особи, сім'ї, соціальної групи, громади, формулювати мету і завдання соціальної роботи, планувати втручання у складних і непередбачуваних обставинах відповідно до цінностей соціальної роботи; розробляти критерії та показники ефективності професійної діяльності, застосовувати їх в оцінюванні виконаної роботи, пропонувати рекомендації щодо забезпечення якості соціальних послуг та управлінських рішень; володіти технологіями соціальної реабілітації.

Особливості розвитку соціальної сфери суспільства, ускладнення суспільного життя громадян унаслідок соціальної, економічної і політичної кризи держави потребують прогресивних підходів до підготовки фахівців, які працюють у сфері соціальної реабілітації.

Навчальний посібник складається із семи розділів, у яких докладно розглянуто визначення поняття "реабілітація", історичні аспекти розвитку реабілітації, вітчизняні та зарубіжні моделі соціальної реабілітації; висвітлено проблему визначення наслідків психологічної травми як детермінанти ексклюзії, методи і технології соціальної реабілітації. Для набуття студентами практичних навичок у посібнику відображено досвід реабілітації ексклюзованих осіб, що самі звертаються по допомогу, а також засоби залучення до реабілітаційного процесу невмотивованих клієнтів; надано інформацію про заклади й установи, у яких відбувається реабілітація. Висвітлено питання підготовки фахівців у сфері соціальної реабілітації, структуру їхньої професійної компетентності, соціально-психологічні аспекти формування готовності до професійної діяльності. Показано, що професійна підготовка фахівця із соціальної роботи ґрунтується на кваліфікаційних вимогах, що поєднують сукупність професійних вимог, характеристик, показників, цінностей, ролей, функцій тощо. Наведено матеріали щодо проблем формування професійної компетентності соціальних працівників різних рівнів, а також розглянуто деякі питання, пов'язані із функціонуванням соціальних служб.

Розділ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1. Соціальна реабілітація у контексті соціальної роботи

Термін "реабілітація" (від лат. *rehabilitatio* – "відновлення") прийшов у психологію та соціальну роботу з медицини, куди свого часу він потрапив з юриспруденції. Етимологічно цей термін походить від дієслова *habeo* – "мати", "тримати", "вважати" (напр. вважати кого-небудь будь-ким). Звідси прикметник *habilis* – "той, хто має здатність, право" (на що-небудь); іменник *habilitas* – "володіння здатністю, правом" (на що-небудь); поняття *habilitatio* – "наділення або володіння здатністю, правом". Префікс *re* надає слову додаткового значення – відновлення, повернення здатності.

Як офіційний термін слово "реабілітація" із XVII ст. використовувалося французькими юристами для позначення юридичного рішення, яке усувало наслідки помилкового вироку, що позбавив засудженого майнових чи інших прав.

Між тим як медична практика реабілітація була добре відома та входила важливою складовою в більшість давніх медичних систем (Єгипет, Греція, Рим, Китай, Індія тощо). Із XVIII ст. медична реабілітація в Європі почала об'єднуватися з елементами психологічної підтримки пацієнтів. У XIX ст. центр відновлювальної терапії переміщується до США.

Перше визначення реабілітації як різновиду соціальної роботи в сучасному сенсі дав у 1903 р. Ф. Намисто у книзі "Система загальної опіки над бідними". Подальшого розвитку це поняття набуло у зв'язку з допомогою постраждалим від світових війн. У 1917 р. у США була вперше організована Асоціація з відновлювальної терапії, завданням якої і була, по суті, соціальна реабілітація.

Цільовою групою заходів соціальної реабілітації є особи, які перебувають у соціальній ексклюзії. *Соціальна ексклюзія* – це виключення чи обмеження доступу індивідів до життєво важливих соціальних інститутів та ресурсів. Розглядаючи психологічну конфронтацію як основу виключення та обмеження, можна зазначити, що ексклюзія викидає індивіда з комфортної соціальної групи. Проте люди, що перебувають в ексклюзії, не можуть бути повністю ізольованими від соціальних взаємодій. Відбувається перехід із соціально схвалюваної до небажаної соціальної групи. Отже, з огляду на соціальну психологію, основна мета соціальної реабілітації полягає в налагодженні взаємодії та поверненні ексклюзованих осіб у суспільство.

Зараз під поняттям соціальної реабілітації частіше за все розуміється комплекс медичних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених або повністю втрачених у результаті хвороби (або травми) нормальних психічних і фізіологічних функцій людського організму, його працездатності. У психології та соціальній роботі його доповнюють також спеціальним змістом. Наведемо такі визначення видів реабілітації в соціальній сфері:

- *соціальна реабілітація* – це сукупність заходів, спрямованих на захист соціальних прав громадян, що включає, з одного боку, процес передання індивіду соціального досвіду, включення його в систему суспільних відносин, а з іншого – особистісні зміни;
- *соціально-медична реабілітація* – це відновлення або формування у людини нових навичок повноцінного життя, допомога з організації побуту і ведення хатнього господарства, що включає відновну і реконструктивну терапію;
- *соціально-психологічна реабілітація* – це відновлення психічного і психологічного здоров'я суб'єкта, оптимізація внутрішньогрупових зв'язків і відносин, виявлення потенційних можливостей особистості й організація психологічної корекції, підтримки і допомоги;
- *соціально-педагогічна реабілітація* – це організація і здійснення педагогічної допомоги за різних порушень здатності людини до отримання освіти, певна робота зі створення адек-

ватних умов, форм і методів навчання, а також відповідних методик і програм;

- *професійна і трудова реабілітація* – формування нових або відновлення втрачених людиною трудових і професійних навичок, а згодом її працевлаштування;
- *соціально-середовищна реабілітація* – відновлення у людини почуття соціальної значущості всередині нового для неї соціального середовища;
- *психологічна реабілітація* – система психологічних заходів, що сприяють відновленню, корекції та компенсації порушень психічних функцій, станів.

Соціальну реабілітацію необхідно розглядати в широкому і вузькому тлумаченні.

У широкому тлумаченні соціальна реабілітація – це створення умов у суспільстві для відновлення і розвитку здібностей і навичок індивідів самостійного соціального функціонування.

У вузькому тлумаченні соціальна реабілітація – це система форм, методів і засобів відновлення втрачених індивідом або не набутих у процесі соціалізації функцій, відносин і ролей соціального функціонування.

Під *соціальним функціонуванням* розуміють здатність індивіда самостійно здійснювати взаємодію з навколишнім світом, забезпечувати свою життєдіяльність і життєдіяльність сім'ї, відповідати встановленим та загальноприйнятим у суспільстві нормам моралі та моральності.

До втрачених або не набутих у процесі соціалізації умінь і навичок будувати соціальні відносини і функції, які необхідно вчити створювати чи відновлювати, належать сімейні, трудові, освітні, дружні, а також зміцнення здоров'я, підвищення культурного рівня, життєдіяльності в побуті.

До втрачених або не набутих у процесі соціалізації соціальних ролей, які необхідно розвивати, відновлювати або вчити здійснювати, належать ролі дружини, чоловіка, бабусі, дідуся, батька, матері, сина, дочки, громадянина, сусіда, покупця, робочого, друга, учня тощо.

Крім того, популярним є термін "абілітація" (від лат. *habilis* – "зручний", "приспосувальний"). У широкому сенсі це підготовка

до якого-небудь роду діяльності. Отже, реабілітація – це відновлення втрачених можливостей і здібностей, а абілітація – розвиток потенційних можливостей і здібностей (термін "абілітація" найчастіше застосовують у роботі з неповнолітніми адиктами).

Близьким за значенням до соціальної реабілітації є термін "ресоціалізація" (повторна соціалізація, підготовка до повернення індивіда у звичну культуру, середовище, відновлення соціальних зв'язків шляхом зміни в настановах, цілях, нормах і цінностях його життя). Феномен ресоціалізації є предметом вивчення у різних сферах соціогуманітарного знання: педагогічній, юридичній, психологічній, а також у пенітенціарній педагогіці та психології. Більшість науковців трактують поняття ресоціалізації як специфічний (системний за характером) соціальний феномен, функціонування якого зумовлює позитивну трансформацію особистості й подолання соціальної ексклюзії засудженого. Ресоціалізація має на меті перебудову особистості засудженого, його свідомості, знань, переконань, системи цінностей та діяльності (І. Парфанович), відновлення порушених або втрачених індивідом суспільних зв'язків і відносин (О. Чуйко).

Ресоціалізація – це повторна соціалізація, підготовка індивіда до повернення у соціально схвалюване середовище шляхом змін цінностей, норм і настанов для відновлення соціальних зв'язків. Вона спрямована на переорієнтацію соціального спрямування особистості шляхом включення її у нові, позитивно орієнтовані міжособистісні стосунки та види діяльності.

Т. Алексєєнко розглядає ресоціалізацію як один зі складних соціальних процесів, який скерований на подолання десоціалізації особистості, відновлення необхідних якостей для нормальної життєдіяльності та переорієнтацію соціального спрямування розвитку особистості шляхом включення у нові позитивні міжособистісні стосунки і види діяльності.

Ю. Швалб стверджує, що ресоціалізація здійснюється тільки як мотивована і вольова дія самого індивіда. Людину не можна ресоціалізувати "зовні" – їй можна тільки надати соціальну або психологічну допомогу в рішенні змінити своє життя. І. Богатирьов під ресоціалізацією розуміє виправлення засудженого, процес формування у нього законослухняної поведінки, стимулювання станов-

лення на життєву позицію, яка відповідає соціальним нормам, шляхом відновлення, збереження та розвитку соціально корисних якостей і відносин під час відбування покарання та соціальної адаптації після звільнення з місць позбавлення волі. М. Єнієєв вважає, що необхідність ресоціалізації виникає там, де соціалізація не була успішною і замість соціально й культурно прийнятних цінностей і форм поведінки індивідом були засвоєні асоціальні, що віддзеркалювалися на соціальному середовищі.

Ресоціалізація здійснюється як процес зміни індивідом власної системи соціальних настанов, соціальних зв'язків і соціальних взаємодій. Така зміна, безумовно, є надзвичайно складною у психологічному сенсі й настільки ж важкою у діяльнісному плані. Тому психологічна допомога та соціальна підтримка у процесі ресоціалізації мають здійснюватися за двома основними напрямками. Перший напрям пов'язаний із формуванням і підтримкою мотивації на зміну соціального статусу особистості. Другий – із підтримкою особистості при реалізації прийнятого рішення. Отже, ресоціалізація – це відновлення у людини втрачених соціальних цінностей і досвіду спілкування, поведінки та життєдіяльності, на яку впливають особистісні виховні фактори та фактори середовища. Соціальне середовище відіграє неабияку роль у формуванні особистості неповнолітнього і впливає на його подальший світогляд.

На думку інших дослідників, головним завданням процесу ресоціалізації злочинця є зміна особистісних якостей засудженого, яка б дала змогу повернути його у соціум, розраховуючи на його саморегульовану стабільну соціально-нормативну поведінку. У такому разі ресоціалізацію вважають процесом виправлення засудженого, формування правослукняної поведінки, налаштування особистості на життєву позицію, яка б відповідала соціальним нормам, беручи за основу відновлення, збереження та розвиток соціально корисних якостей і відносин. Науковці виокремили чинники успішної ресоціалізації, зокрема: навички компромісної поведінки; орієнтація у просторі соціальних відносин; стресостійкість; сприйняття власного минулого.

Вітчизняні вчені, які працюють у пенітенціарній системі, наголошують, що ресоціалізація є однією із підсистем загальнодержавного виховання і залежить від характеру та рівня розвит-

ку суспільних відносин. На основі цього вони визначили основні *принципи ресоціалізації засуджених*, а саме:

- принцип цілеспрямованості педагогічного процесу, який сприятиме формуванню у правопорушника соціально-нормативної особистісної позиції;
- принцип зв'язку процесу ресоціалізації з реальним життям, тут мається на увазі поновлення та налагодження соціально корисних зв'язків і відносин засуджених;
- принцип наукового обґрунтування виховних програм і технологій, заснований на безпосередньому створенні умов для їх реалізації;
- принцип додержання законності у процесі ресоціалізації.

Поняття реабілітації та ресоціалізації часто застосовують не як синоніми, а як назви етапів. Наприклад, якщо йдеться про соціальну реабілітацію осіб з адиктивною поведінкою, то визначають такі етапи: медичної терапії (детоксикація); стаціонарної соціально-психологічної допомоги (реабілітація); амбулаторної соціально-психологічної допомоги та реадптації (ресоціалізація).

С. О. Вешнева та Р. В. Бісалиєв виділяють такі принципи реабілітації: 1) добровільність участі хворого в лікувально-реабілітаційному процесі; 2) доступність і відкритість реабілітаційних установ; 3) довірливість і партнерство; 4) єдність соціально-психологічних і медико-біологічних методів цільового впливу; 5) різноманіття та індивідуалізація форм (моделей) реабілітаційних заходів. Крім того, вони виділяють основні умови та вимоги до проведення реабілітаційного процесу: 1) відмова хворого від уживання ПАР; 2) особиста відповідальність за успішну реалізацію реабілітаційного процесу; 3) спираання на позитивні, особистісно значущі для пацієнта соціальні цінності; 4) забезпечення правової та організаційної регламентації реабілітації; 5) створення в реабілітаційній установі єдиної бригади (команди) фахівців (Вешнева, 2008).

Більшість авторів схиляються до необхідності етапності реабілітаційного процесу. Наприклад, Т. М. Дудко виділяє перед-реабілітаційний період (з основними завданнями діагностики, мотивації), а саме реабілітаційний період, який поділяє на три етапи: адаптаційний, інтеграційний та стабілізаційний, після

якого йде постреабілітаційний амбулаторний період з підтримувальною та корекційною психотерапією.

В Україні діють численні нормативно-правові акти, які регулюють питання соціальної реабілітації різних цільових груп. Наприклад, Закон України "Про соціальні послуги", Державний стандарт соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин, Закон України "Про психіатричну допомогу" та ін. Закон України "Про реабілітацію в галузі охорони здоров'я" визначає психологічну допомогу в реабілітації як "діяльність, спрямовану на відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формах психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги. Психологічну допомогу в реабілітації здійснює клінічний психолог (психолог, психотерапевт) у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди".

Оцінювання потреб отримувача соціальної послуги визначають вимоги Державного стандарту. Згідно із цим Стандартом з урахуванням результатів оцінювання потреб отримувача соціальної послуги (реабілітанта) на підставі договору про її надання (V розділ Стандарту) має бути складений індивідуальний план, якому присвячений IV розділ. У VI розділі описані вимоги до місця і термінів надання реабілітації, а вимоги до приміщення та обладнання описані у X розділі. Розділ VII описує принципи надання такої послуги. У VIII розділі описано зміст надання такої послуги, зокрема, питання перенаправлення реабілітантів відповідно до їхніх потреб.

1.2. Етичні засади соціальної реабілітації

Е́тика (лат. *ethica*, давньогрец. ἠθική, утворене від грец. ἦθος – "звичай") – наука, філософська дисципліна, яка вивчає мораль, суспільні норми поведінки, звичаї. Термін також часто вживають як визначення норм поведінки, сукупності моральних правил певної суспільної чи професійної групи.

Мораль (лат. *moralitas*) – система неофіційних уявлень, норм та оцінок, що регулюють поведінку людей у суспільстві, практична реалізація положень якої забезпечується громадським схваленням чи осудом.

Професійна етика як система цінностей, що визначаються приналежністю людини до конкретного виду діяльності, виникає в культурах Стародавнього світу в умовах сформованого поділу праці, коли знання, вміння і навички, функції та права шаманів, вождів, згодом – жерців, цілителів, мають сакральний характер і передаються обраним, найбільш гідним, кого навчають, відбирають і кому довіряють те, що не може бути відомо випадковим непосвяченим людям. На основі уявлень про милість тотемних покровителів (пізніше богів та інших вищих сил) складалися вимоги до діяльності, результат якої не завжди залежав від людини. Це стосувалося і орача, який сподівався на погоду, і мисливця, який намагався перехитрити звіра, і цілителя, чиї зусилля і знання застосовувалися до конкретної людини, її організму.

Найбільш кричущі факти порушення етичних принципів представлено в розвитку так званої "євгеніки". У 1933 р. Гітлер вводить нацистський акт, що санкціонує стерилізацію хворих, які страждають на спадкові захворювання, передусім душевнохворих. Протягом шести років було проведено 375000 насильницьких стерилізацій, понад 300000 у людей, визнаних психічно неповноцінними. При цьому не за наказом Гітлера, а за пропозиціями психіатрів (зокрема всесвітньо відомого доктора Ернста Рудіна, професора психіатрії Мюнхенського університету) широко застосовувалася "активна евтаназія". 275000 душевнохворих пацієнтів були вбиті протягом 1939–1945 рр. (за протоколами Нюрнберзького процесу) у газових камерах, спалені в печах, заморені голодом.

З метою запобігти подібному в майбутньому Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 р. була прийнята Загальна декларація прав людини. Спираючись на неї, було створено багато окремих етичних кодексів різних професійних об'єднань. За кордоном професійні етичні кодекси діють уже багато років, вони публікувалися безліччю організацій, які працюють із психологами-консультантами, наприклад Американською асоціа-

цією консультування, Асоціацією фахівців із групової роботи, Американською асоціацією шлюбного та сімейного консультування, Американською психологічною асоціацією.

В контексті етичних засад соціальної реабілітації розглянемо насамперед права та свободи реабілітантів. Конституція України – це основний державний документ, який визначає державний устрій, порядок і принципи функціонування органів влади, виборчу систему, права й обов'язки держави, суспільства та громадян. Конституцією України визначено, що "людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю".

Права людини – це основа, якою мають керуватись у своїй діяльності фахівці, що надають допомогу/послуги особам із залежностями (іншими психічними розладами чи будь-якій іншій особі), аби не допустити дискримінацію, приниження гідності чи жорстоке поводження щодо таких людей.

Психічне здоров'я, яке визнано ВООЗ невід'ємною складовою здоров'я, відповідно також є найвищою цінністю. У свою чергу, психічні та поведінкові розлади внаслідок уживання психоактивних речовин, такі як нарко- та алкозалежність, є порушеннями психічного здоров'я, і формування доступних та ефективних послуг допомоги та лікування для таких громадян України є одним з методів реалізації принципу гуманізму.

Закон України "Про психіатричну допомогу" визначає, що "лікування, нагляд, догляд, медична та психологічна реабілітація осіб, які страждають на психічні розлади, зокрема й унаслідок уживання психоактивних речовин, є складовою психіатричної допомоги, яка, відповідно, надається учасниками надання психіатричної допомоги та у закладах з надання психіатричної допомоги" (ст. 1). Заклади з надання психіатричної допомоги, медичні працівники та інші фахівці, які надають психіатричну допомогу, визначені у ст. 10. Згідно із цим законом кожна особа має презумпцію психічного здоров'я, згідно з якою "кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України" (ст. 3). Зазначений Закон визначає конфіденційність відомостей

про стан психічного здоров'я особи та надання психіатричної допомоги (ст. 6), принципи діагностики психічного розладу та лікування особи, яка страждає на психічний розлад, відповідно до яких "забороняється встановлювати діагноз психічних розладів без психіатричного огляду..." (ст. 7).

Умови примусової госпіталізації осіб, які потребують невідкладної допомоги через психічні розлади, зокрема через уживання психоактивних речовин, визначені у ст. 13–14, а примусові заходи медичного характеру, зокрема й надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку та госпіталізація до закладу з надання психіатричної допомоги, визначені ст. 19 та Кримінальним і Кримінальним процесуальним кодексами України.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.08.2008 р. № 503 затверджено методичні рекомендації щодо "Кодування захворюваності та смертності відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду", відповідно до яких нарко- та алкозалежність належать до категорії "Розлад психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин" і мають відповідні кодування F10–F19. Такі визначення, як "наркоманія" чи "алкоголізм", не є медичними діагнозами чи найменуваннями конкретних розладів, натомість частіше мають стигматизуючий та неконкретний характер, а не є поясненнями психічного чи соматичного стану людини.

"Усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах. Права і свободи людини є невідчужуваними та непорушними" – ст. 21 Конституції України. "Не всі люди наркозалежні, однак всі наркозалежні – люди". Відповідно, люди із залежностями чи будь-якими іншими психічними розладами є вільними і рівними у своїй гідності та правах.

"Кожен має право на повагу до його гідності. Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню. Жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідям" – ст. 28 Конституції України.

"Кожна людина має право на свободу та особисту недоторканність. Ніхто не може бути заарештований або триматися під

вартою інакше як за вмотивованим рішенням суду і тільки на підставах та в порядку, встановлених законом" – ст. 29 Конституції України.

Зазначені статті визначають монополію держави на обмеження прав і свобод через суд. Лише рішення держави в особі суду може обмежувати свободу і права громадян. Детальніше про це далі.

Вищевказані статті є особливо важливими для організації роботи реабілітаційних центрів (стаціонарних закладів, місць із правом проживання), які належать до місць несвободи і, відповідно, є місцями з підвищеним ризиком порушення прав і свобод людей, які там перебувають.

Місця несвободи – це такі місця, куди людина потрапляє за рішенням державного органу і які вона не може залишити за власним бажанням. Перше, що спадає на думку, коли ми говоримо про місця несвободи, – це в'язниці, СІЗО, ізолятори тимчасового утримання тощо.

Поняття місця несвободи значно ширше, ніж поняття місця позбавлення волі. Це не тільки заклади, де позбавлення волі передбачено як покарання, але й ті місця, де люди перебувають під певною опікою. З таких місць людина не завжди може піти самостійно з певних причин або її свобода певним чином обмежена. Саме тому до місць несвободи також відносять психіатричні заклади, дитячі будинки-інтернати, пансіонати для людей похилого віку та людей з інвалідністю, пункти тимчасового розміщення біженців, соціально-реабілітаційні центри (зокрема й реабілітаційні центри для залежних), військові частини тощо.

Утримання людини в закладі будь-якої форми власності не за рішенням державного органу є незаконним позбавленням/обмеженням волі, що визначено у ст. 146 Кримінального кодексу України. Іншими важливими документами є конвенції з прав людини. Дотримання Україною міжнародних угод і ратифікованих конвенцій гарантує євроінтеграцію і зв'язок із цивілізованим світом.

Отже, Україна як держава та її громадяни – кожен з нас – несуть відповідальність за дотримання вимог ратифікованих конвенцій, відповідно, кожен з нас має визнати, що залежність – передусім психічний та поведінковий розлад, а не моральний чи духовний дефект. Звісно, такий розлад може призвести до інва-

лідності – втрати чи обмеження функціонування. Допомога у реабілітації і соціалізації таких людей гуманними та доказовими методами – важливий компонент реалізації принципів дотримання прав людини в Україні.

У 2012 р. Верховна Рада ухвалила Закон "Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні", у якому зазначено, що "дискримінація – ситуація, за якої особа та/або група осіб за їх ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, інвалідності, етнічного та соціального походження, громадянства, сімейного та майнового стану, місця проживання, мовними або іншими ознаками, які були, є та можуть бути дійсними або припущеними (далі – певні ознаки), зазнає обмеження у визнанні, реалізації або користуванні правами і свободами в будь-якій формі, встановленій цим Законом, крім випадків, коли таке обмеження має правомірну, об'єктивно обґрунтовану мету, способи досягнення якої є належними та необхідними".

У роботі соціальних працівників нерідкі ситуації, коли стикаються різні інтереси та цінності, і дуже важливо вміти розв'язувати подібні проблеми, не завдаючи шкоди ні клієнту, ні кому б там не було ще, а якщо стався конфлікт, то вийти з нього максимально коректно. Для того щоб допомогти фахівцям розібратися в моральних колізіях, що найчастіше зустрічаються, з одного боку, і захистити клієнта від можливих зловживань – з іншого, розробляються різні етичні кодекси. Головна мета розроблення та прийняття єдиних етичних стандартів – сприяти розв'язанню проблеми професійної некомпетентності, встановленню основних прав та обов'язків, що впливають із особливостей професійної діяльності співробітників. Кодекс має бути для професіонала орієнтиром при плануванні та побудові роботи з клієнтом, зокрема й при розв'язанні проблемних і конфліктних ситуацій, що виникають у процесі професійної діяльності. Кодекс покликаний захистити клієнтів та суспільство загалом від небажаних наслідків безконтрольного та некваліфікованого використання психологічних знань і водночас захистити діяльність соціальних служб від дискредитації. Хоча із необхідністю етичних кодексів на словах погоджуються практично всі, насправді ставлення до них неоднозначне.

Безсумнівно, кожен різновид соціальної роботи дуже цікавий і має свої загадки та проблеми, зокрема етичного характеру. Зупинимось на деяких загальних етичних принципах і правилах.

Принцип благополуччя клієнта

1. У своїх професійних діях співробітник орієнтується на благополуччя та враховує права всіх суб'єктів соціальної реабілітації. У випадках, коли його обов'язки суперечать етичним нормам, фахівець розв'язує ці конфлікти, керуючись принципом "не нашкодь".

2. Співробітник у ході професійної діяльності не має допускати дискримінації (обмеження конституційних прав і свобод особистості) щодо соціального статусу, віку, статі, національності, віросповідання, інтелекту та будь-яких інших відмінностей.

3. У професійній діяльності пріоритетними оголошуються права та інтереси клієнта як основного суб'єкта реабілітаційного процесу.

4. Спеціаліст дотримується доброзичливого та безоцінного ставлення до клієнта. Співробітник – жива людина і не може не реагувати емоційно на інших людей, зокрема клієнтів. Отже, ставитися безоцінно до останніх дуже важко. Небезпека полягає в тому, що, складаючи думку про клієнта, даючи йому оцінку, ми налаштовуємося на певний тип реакції з його боку, інтерпретуємо його поведінку, висловлювання крізь призму власної думки, завдяки чому спотворюється інформація. Надмірне захоплення діагнозами – ще один професійний недолік деяких фахівців, які поступово перестають бачити перед собою живих людей, а враховують лише їхні патології, неврози, "комплекси" тощо.

Принцип конфіденційності

Конфіденційність – це засіб забезпечення клієнта необхідною безпекою та приватністю, а також захист його автономії, тому будь-яке обмеження конфіденційності знижує ефективність консультування.

Угода про конфіденційність може бути переглянута та змінена лише в результаті обговорення між консультантом і клієнтом.

Здавалося б, саме цей принцип має бути наріжним каменем у роботі, однак він часто не дотримується співробітниками повною мірою. Нерідко відбувається розголошення інформації навіть не за злим наміром, а просто за легковажним бажанням по-

ділитися з колегами, розповісти про цікавий або кумедний випадок своїм друзям чи родичам. Строго кажучи, фахівці не мають права розголошувати таку інформацію будь-кому, а тим більше обговорювати її з непрофесіоналами, щоб не підривати авторитет не лише свій як фахівців, а й репутацію реабілітаційних закладів загалом, оскільки недбалість у цій сфері загрожує складними та неприємними конфліктами.

Принцип відповідальності

Професійна відповідальність співробітника полягає передусім в усвідомленні меж своєї компетентності та постійному розвитку і навчанні. Для цього передбачені обов'язкова супервізія (особливо для консультантів, психологів та психотерапевтів) і система різних семінарів, курсів для підвищення кваліфікації. Це актуально і для тих, хто практикує давно і має чималий досвід: постійно виникають нові способи і методи навіть у межах окремого реабілітаційного підходу. Співробітники мають визнавати необхідність продовжувати навчання, щоб бути в курсі нової професійної та наукової інформації, що з'являється, у тій сфері, у якій вони працюють. Вони мають робити кроки для підтримування навичок у робочому стані, бути відкритими до нових технік і використовувати їх у роботі з різними та особливими категоріями клієнтів.

Неможливо заперечити наявність залежності клієнта від співробітника реабілітаційного центру. Цілком прибрати залежність у взаєминах клієнта і фахівця неможливо, а багато психотерапевтичних шкіл (зокрема роджеріанська, центрована на клієнті, або тілесна терапія) припускають досить великий ступінь емоційної близькості із клієнтом у процесі терапевтичної роботи. Інтенсифікація цих емоційних відносин може активізувати різного роду еротичні фантазії обох.

Пам'ятаючи, що клієнти приходять до закладів реабілітації та соціальних служб з емоційними травмами, фахівець може просто з остраху заподіяти клієнту біль, допустити розмивання кордонів між собою та клієнтом, що негативно позначається на якості його роботи. Однак підтримувати належний рівень професіоналу часом буває дуже непросто. Крім професійних знань, обов'язкових для співробітника, відіграють роль його особис-

тість, ціннісні настанови, моральні принципи та ідеали, а також наявність у нього прагнення бути постійно "на рівні". Головний обов'язок всіх співробітників полягає у повазі до гідності клієнтів, підтримці їхнього благополуччя, вони мають уникати формування та підтримання залежних відносин у роботі. Якщо людина звертається по допомогу, то вона вже залежна. При цьому часто залежність клієнта перетворюється на взаємозалежність. Клієнт приходить до реабілітаційної установи не з порожніми руками. Він має власні засоби маніпуляції, способи мобілізації та використання свого оточення, щоб люди виконували за нього його роботу. І не потрібно заспокоювати себе, думаючи, що його способи маніпуляції нерозумні. Якщо фахівець завзято заперечує існування таких емоційних зв'язків, то він посилює стан прихильності, сприяючи посиленню та поглибленню такої у клієнта. Прибрати проблему прихильності цілком неможливо, як неможливо знищити властиву всім нам потребу в коханні, теплі, емпатії, емоційній підтримці, що походять від інших людей. Однак треба розрізняти "хорошу" прихильність, яка допомагає, сприяє підтримці самооцінки на належному рівні, і погану, яка виявляється у потребі в комусь, хто позбавить нас необхідності мати справу з реальністю, перекладанні відповідальності за власне життя на іншого. Важливо так побудувати взаємини із клієнтом, дотримуючись необхідного балансу між близькістю та кордонами, залежністю та відчуженістю, щоб задоволення і радість, які клієнт навчається відчувати від свого життя, були вільними та зрештою не залежали від професіонала. На завершення можна сказати, що тема кодифікування діяльності співробітника реабілітаційного закладу виявляється ще складнішою, ніж уявлялася спочатку. Навіть очевидні питання при пильному розгляді виявляють додаткові нюанси і підводні камені, і розв'язання їх аж ніяк не однозначне. Складність полягає також у тому, що ситуації, які потребують втручання етики, є найскладнішими та найболючішими не тільки для клієнта, а й для професійної позиції, нехай навіть дещо абстрактнішої, ніж професіонала-психолога. Питання щодо поєднання глибокого розуміння процесів, що відбуваються в реабілітаційному закладі, і якісної зовнішньої етичної експертизи залишається відкритим, так само, як завжди залишатимуться

відкритими багато питань, що виникають в унікальних ситуаціях, які не увійшли до того чи іншого професійного кодексу.

Дев'ять кроків, які пропонується пройти один за одним при аналізі та розв'язанні етичної проблеми

1. Визначте, що проблема стосується етики. У спробі зрозуміти, чи належить проблема до етики, можуть допомогти визначення та аналіз загальних етичних принципів, що стосуються цієї ситуації. Такі принципи, як повага автономії, незаподіяння шкоди, справедливості та творення блага, найчастіше згадуються різними авторами як такі, що мають пряме відношення до оцінювання етичних проблем.

2. Проконсультуйтеся з документами та посібниками, які можуть бути застосовані до ситуації та містити механізми для її розв'язання. Необхідну інформацію можна знайти в Етичному кодексі. Якщо ситуація описана в документі та наведені рішення, які вважаються неетичними, то завдання психолога спрощується і лінія поведінки прояснюється.

Інформація від усіх залучених до ситуації осіб має бути отримана на початку процесу, причому мають бути оцінені та захищені права на конфіденційність.

3. Розгляньте за можливості всі ситуації, які можуть впливати на ваше рішення. Найбільш поширена причина прийняття неефективних етичних рішень – нездатність об'єктивно розглянути ситуацію через наявні забобони, звичне ставлення до ситуації чи особисті потреби консультанта, що спотворюють сприйняття проблеми. Тому на цьому етапі фахівцю важливо проаналізувати власні настанови та потреби, які можуть впливати на його об'єктивність. Може допомогти консультація з колегою, якому ви довіряєте.

4. Знайдіть колегу, якому ви можете довіряти, і проконсультуйтеся з ним. Оскільки процес прийняття етичних рішень – дуже складна процедура, де виключена можливість суб'єктивності, то величезну користь може принести зворотний зв'язок з іншими фахівцями. Можна вибрати колегу, який відомий своєю прихильністю до професії, чутливий до етичних питань і не залежить у професійному та особистому плані від фахівця, який ініціює обговорення. Це може бути особистий супервізор.

5. Оцініть права, відповідальність і вразливість усіх залучених сторін. Досить часто трапляється, що причиною хибного рішення стає недостатнє усвідомлення права однієї зі сторін на конфіденційність та зворотний зв'язок.

6. Знайдіть кілька альтернативних рішень. На цьому етапі не потрібно фокусуватися на тому, наскільки етичною є кожна з можливостей. Цілком припустимо, якщо альтернативи включають такі рішення, які при подальшому розгляді можуть виявитися марними, надто ризикованими, занадто дорогими або просто не підходящими. Нульове рішення (нічого не робити) також має бути включено до альтернатив.

7. Розгляньте всі можливі наслідки кожного з рішень. Наслідки можуть включати: економічні, психологічні та соціальні витрати; короткотермінові, реальні та довготермінові ефекти; час і зусилля, необхідні для здійснення кожного з рішень, включаючи будь-які наявні обмеження; різні фактори ризику, включаючи порушення прав індивіда; будь-які позитивні наслідки. Важливо також задокументувати цей етап, що може виявитися корисним, якщо ваше рішення буде поставлене під сумнів іншими.

8. Зробіть вибір. Якщо всі попередні етапи були пройдені усвідомлено та сумлінно, то до моменту вирішального вибору фахівець повинен мати повний обсяг інформації. Найкраще рішення часто є очевидним.

9. Здійсніть рішення. Треба розробити серію конкретних кроків, подолати моменти, що відволікають, а також несподівані труднощі, пересилити втому та фрустрацію.

1.3. Сучасні підходи до соціальної реабілітації: зміна парадигми

Соціальна робота є динамічною професією. Вона гнучко реагує на виклики сучасності, постійно розвиває свою методологію та практику. Одним із поточних пріоритетів у міжнародній соціальній роботі визначено сприяння сталому розвитку. Проте у вітчизняній соціальній роботі такий дискурс поки не отримав належного визнання.

Ідеї сталого розвитку та завдання, що впливають із його Глобальних цілей, віддзеркалені у діяльності фахівців із соціальної роботи. Робота ґрунтується на аналізі документів міжнародних організацій (ООН, Міжнародної федерації соціальних працівників, Міжнародної асоціації шкіл соціальної роботи тощо), закордонних досліджень.

Аналіз закордонної наукової літератури дає підстави виокремити низку напрямів науково-практичного дискурсу щодо взаємозв'язку сталого розвитку та соціальної роботи:

- 1) соціально-екологічна практика соціальної роботи, яка підносить ідеї сталого позитивного середовища людини та громади, обґрунтовує специфічну практику втручання соціальних працівників в умовах екологічних і техногенних катастроф;
- 2) теорії та концепції "зеленої соціальної роботи", які спираються на структурний підхід до розв'язання проблем соціальної нерівності та бідності, наголошують на потребі такої діяльності соціальних працівників, яка була б орієнтована на забезпечення гідних умов навколишнього середовища та "екологічної справедливості", належного і рівного доступу до природних ресурсів;
- 3) забезпечення прав людини і протидія бідності, макросистемна "політична соціальна робота" як відповідь на економічну кризу та політику економічної ощадливості, яка знайшла вираження у сутнісному перегляді соціальних програм.

З огляду на наявні документи та дослідження завдання соціальної роботи у контексті Глобальних цілей сталого розвитку полягають у втіленні підходів, орієнтованих на забезпечення стійкого соціального розвитку людей та громад, у яких вони мешкають, обстоювання прав людини, зокрема на безпечне середовище.

Концепції сталого розвитку, зокрема сталого соціального розвитку, знаходять дедалі більше поширення в документах, які визначають завдання соціальної роботи, а також у науковій літературі. Наразі формування ідей "зеленої соціальної роботи" (екологічних напрямів соціальної роботи) продовжує досить традиційну для соціальної роботи парадигму захисту прав людини та стійкого розвитку громад, які спираються на структурні підходи й макропрактику соціальної роботи.

В наш час соціальна робота базується на соціально-орієнтованому підході.

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 та 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.

Існує чимало дефініцій особистісно-орієнтованої допомоги. У західних виданнях знаходимо такі поняття, як пацієнто-центрованість, орієнтованість на сім'ю, центрований на користувачеві підхід, індивідуалізований чи персоналізований підходи. Незалежно від терміна, який вживають автори, дослідження здебільшого сфокусовані на значущих аспектах життя пацієнта/клієнта, особливостях та засобах забезпечення особистісно-орієнтованої допомоги.

Особистісно-орієнтований (клієнт-центрований, особистісно-центрований) підхід визнає користувачів соціальних послуг уповноваженими приймати власні рішення щодо власного 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 бути собою. Це передбачає складне рефлексивне усвідомлення терапевтом зв'язку із собою та водночас із клієнтом.

Приклад особистісно-орієнтованого підходу доцільно розглянути, виходячи із двох моделей інвалідності: медичної і соціальної. На домінуючій моделі розуміння інвалідності зазвичай будується державна політика. Вибір тієї чи іншої моделі є результатом історичного розвитку країни.

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.

У концепції медичної моделі використовується поняття "інвалід", 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 спрямоване на зведення її стану і вигляду до середньостатистичної норми, що вважається єдиним прийнятним способом життя. За таких умов людина з інвалідністю опиняється осторонь 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.

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 осіб з інвалідністю приймати рішення обмежена, оскільки вони мають прийняти умови більшості. І, насамкінець, вважають, що має існувати спеціальне, вузькоорієнтоване навчання для осіб з інвалідністю.

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

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. 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. 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.

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. При цьому втрат зазнають не тільки люди з інвалідністю, але й саме суспільство через втрату потужного ресурсу, що мають люди з інвалідністю, але не можуть його реалізувати.

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

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 для дітей, на протидію умовлянням, зовнішньому тиску та примусу.

Особистісно-орієнтована соціально-психологічна реабілітація є 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.

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 узалежненою 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.

Особистісно-орієнтована соціальна робота заснована на низці визначальних принципів:

- у фокусі догляду і підтримки є люди та визнані ними цінності;
- врахування побажань і потреб, які визнаються пріоритетними самими клієнтами, а не фахівцем;
- фізичний комфорт та безпека;
- емоційна підтримка за участю родини та друзів;
- забезпечення доступу клієнтів до необхідних форм допомоги (коли і де вони потребують);
- забезпечення клієнтів доступною для їхнього розуміння інформацією, необхідною для свідомого прийняття ними рішень щодо їхньої опіки та підтримки.

Відповідно до аналізу різних моделей особистісно-орієнтованої допомоги узагальнена модель особистісно-орієнтованої допомоги вищого порядку складається із чотирьох ключових компонентів: цілісної опіки, індивідуалізованої допомоги, турботи з повагою та розширення можливостей.

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 функціональний рівень. Реабілітація надає людям з обмеженими можливостями інструменти, необхідні для досягнення незалежності та самовизначення". Реабілітація є не лише набуттям втрачених умінь та навичок, це – процеси та стратегії, спрямовані на підтримку

людей розвивати нові здатності. Стратегії втручання, які допомагають людям набувати навичок, необхідних для їхньої участі у всіх сферах життя, також є життєво важливими складовими реабілітації.

Відповідно практика, орієнтована на відновлення, ставить користувачів сервісів на перший план їхньої допомоги, сприяючи розширенню можливостей та співпраці. Це включає повагу до сил і досвіду людей, адаптацію послуг відповідно до їхніх цілей та забезпечення цілісного підходу до їхнього благополуччя. Процес відновлення є нелінійним процесом, який передбачає як "злетити", так і "падіння", і починається із прийняття клієнтом ідеї неможливості повернення до минулого стану. Прийняття власного стану як даності, з якою треба жити, є активним процесом, що вимагає від клієнта чималих зусиль, тому процес відновлення стає насамперед процесом навчання та досягнення зрілості.

Довірливі, шанобливі партнерські відносини між спеціалістом та клієнтом/пацієнтом (а також їхніми сім'ями 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 обміні.

Позиція клієнта природно є вразливою, особливо коли йдеться про здоров'я людини. Саме тому служби психічного здоров'я, орієнтовані на відновлення, намагаються звести обмеження свободи та примусові втручання до мінімуму. Проблеми із психічним здоров'ям можуть бути епізодичними, і трапляються випадки, коли люди не в змозі прийняти важливі життєві рішення. Отже, під час кризи, якщо людина тимчасово втрачає здатність приймати обґрунтовані рішення (а інші варіанти вичерпані), то сім'ям і фахівцям доводиться втручатися від імені людини та шукати певної форми примусового лікування.

Принципи відновлення підкреслюють важливість співпраці з людиною та її сім'єю, незалежно від того, чи отримує вона лікування добровільно чи примусово, чи відбувається догляд у межах лікарні або у громаді. Важливою метою відновлення тут стає пси-

хологічна, соціальна та юридична підтримка людей у якнайшвидшому відновленні їхньої здатності до прийняття рішень.

Процес відновлення в особистісно-орієнтованій парадигмі відбувається за внутрішніх (надія, зцілення, наснаження і зв'язок) і зовнішніх (права людини, "позитивна культура зцілення" та послуги, орієнтовані на відновлення) умов. Ці умови мають проникну дію, отже, процес відновлення, щойно він розпочався, стає фактором, що надалі трансформує як внутрішні, так і зовнішні умови. Ідеться про розмежування особистісного та соціального відновлення. Особистісне відновлення передбачає оволодіння здатністю пережити власну вразливість та віднаходження особистої спроможності щодо теперішнього та майбутнього шляхом прийняття і 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.

Великої шкоди завдає стигматизація. Первинна стигматизація відбувається з боку суспільства, яке помічає та зазначає "інакшість" певних його членів, вторинну "забезпечують" працівники з догляду, які іноді мимовільно загострюють увагу на тих аспектах життя, які 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 відновлення сфокусована не лише на конкретній особистості, але й на середовищі, у якому вона перебуває.

Щоб збагнути сутність розуміючого підходу, слід усвідомити різницю між відновленням та лікуванням. Вилікування передбачає повернення до минулої ситуації, тої, що передувала стану хвороби. Однак для багатьох людей життя змінюється безповоротно.

Відновлення, натомість, є індивідуальним процесом "зцілення": навчитися жити у хворобі та/або неспроможності та з їхніми наслідками – стигматизацією, професійним цинізмом фахівців, які радять уникати стресу та перевантажень (у той час як реальне життя включає стрес, хвилювання та виклики, навіть якщо це стосується людини, хворої на шизофренію або аутизм).

Фактори відновлення. Фактори, які підвищують ефективність процесу 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 пристрасть (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 здатності до розвитку особистої автономії.
- 4) Статус та 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 та підтримку.

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

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

- присутність як залученість – особливі стосунки між фахівцем та клієнтом;
- присутність як сфокусованість на особистості та її реальності (здатність бачити ситуацію очима клієнта);
- присутність як близькість (протилежність відстороненості, відчуженості, звичної для традиційної моделі соціальної роботи).

Фахівець, який працює в межах 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); визнає 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.

Організація, яка прийняла рішення про зміну філософії надання соціальних послуг, мусить бути готова до відповідних трансформацій: процедури управління, пошуку нових можливостей фінансування, змісту послуг, оцінювання та моніторингу, навчання співробітників і, зрештою, змін свідомості всіх суб'єктів соціальної допомоги та підтримки.

Дослідження ефективності особистісно-орієнтованої допомоги показали, що її надання не вимагає більш тривалих консультацій чи зустрічей, але передбачає якісно іншу взаємодію фахівця та клієнта/пацієнта: здійснення відносно мінімальних втручань може потенційно збільшити використання послуг і звести до мінімуму затратне використання режиму лікування, що, зрештою, веде до зростання ролі пацієнтів та їхніх сімей у їхньому зціленні. Загалом було виявлено, що застосування цього підходу значно підвищує задоволеність наданою допомогою (особливо в

медичному сервісі), сприйнятливість якості обслуговування та поліпшує показники здоров'я.

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, з метою підвищення якості його життя. Особистісно-орієнтований підхід є способом фінансового та організаційного забезпечення соціального сервісу, заснованого на власному виборі людиною бажаного способу життя у спільноті.

Отже, це означає відмову від традиційних настанов "підлаштування" людей до існуючих можливостей сервісу, натомість – модифікацію і розвиток послуг відповідно до потреб і бажань клієнта. Цей підхід націлений на врахування ресурсів сервісів та громади для здійснення підтримки, вихід за межі "доступного сервісу".

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. 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.

Загалом соціальна реабілітація як процес передбачає комплексну, багаторівневу, поетапну і динамічну систему взаємопов'язаних дій, спрямовану на відновлення людини 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 суспільного життя, успішне працевлаштування, нерозповсюдження девіантних і адиктивних форм поведінки, зокрема алкоголізму, наркоманії, злочинності, дитячої безпритульності.

Контрольні запитання

1. Які види реабілітаційних практик ви знаєте?
2. Що таке ексклюзія? Які її причини?
3. Розкрийте співвідношення понять "соціальна реабілітація" та "ре-соціалізація".
4. У чому полягають етичні засади соціальної реабілітації?
5. Розкрийте сутність соціально-орієнтованого підходу у сфері соціальної реабілітації.

Завдання для самостійної роботи

1. Складіть два варіанти життєвих історій про людей з інвалідністю. Перший варіант: реабілітація людини відбувається за медичною моделлю інвалідності. Другий варіант: реабілітація людини відбувається за соціальною моделлю інвалідності.
2. Наведіть приклади ситуацій, де є ризик порушення етичних норм.
3. Розробіть два варіанти плану роботи із соціальної реабілітації сім'ї у складних життєвих обставинах. Перший варіант: робота у традиційному підході. Другий варіант: робота в особистісно-орієнтованому підході.

Список рекомендованої літератури

1. Зозуля Т. В. Комплексна реабілітація інвалідів : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів / Т. В. Зозуля, Є. Г. Свистунова, В. В. Чешехіна ; за ред. Т. В. Зозулі. – М. : "Академія", 2005.
2. Кривоконь Н. І. Проблеми соціальної роботи та соціальної політики в Україні : навч. посіб. / Н. І. Кривоконь. – Чернігів : Чернігів. держ. технологічний ун-т, 2012.
3. Романовська Л. І. Теорія та практика реабілітаційної роботи : навч. посіб. / Л. І. Романовська, Л. М. Джигун, Н. В. Синюк. – Хмельницький : ХНУ, 2009.
4. Семигіна Т. Міжнародна соціальна робота: глобальні пріоритети соціального розвитку і нове визначення соціальної роботи / Т. Семигіна // Вісник АПСВ. – 2015. – № 1–2. – С. 6–11.
5. Семигіна Т. Сучасна соціальна робота / Т. Семигіна. – К. : Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2020.
6. 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. 152–158; 181–188.
7. Швалб Ю. М. Ресоціалізація особистості як завдання соціально-психологічної практики / Ю. М. Швалб // Вісн. Київ. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка. Серія: Психологія. Педагогіка. Соціальна робота. – 2013. – № 6. – С. 78–81.
8. 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. – November 2017. – Vol. 11, № 4. – P. 251–266.
9. Hollander D. D. Supporting Recovery and Inclusion. Working with the CARE Model / D. D. Hollander, J. P. Wilken. – SWP Books Amsterdam, 2015.

Розділ 2

ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ЕКСКЛЮЗІЇ

2.1. Співвідношення понять стресу, травматичного та посттравматичного стресового розладу

Сучасна реальність є невичерпним джерелом травмувальних ситуацій, під якими розуміють такі екстремальні критичні події, ситуації загрози, які потужно і негативно впливають на індивіда та вимагають екстраординарних зусиль для подолання наслідків цього впливу. Вони можуть набувати форми надзвичайних обставин чи якихось подій, які піддають індивіда екстремальному, інтенсивному, надзвичайному впливу загрози для життя чи здоров'я як його самого, так і близьких, та докорінно порушують відчуття безпеки.

У науці існують різні теоретичні підходи до розуміння й вивчення стресу, травми й посттравматичного стресу, які показують ці терміни у взаємозв'язку та відмінностях. У зарубіжних дослідженнях поняття "post-traumatic stress disorder", "traumatic stress", "post-traumatic stress" контекстуально залежні, поза емпіричними дослідженнями часто використовуються як синоніми.

Саме поняття стресу в класичному значенні, яке розглядав його засновник Ганс Сельє, містить первинний неспецифічний характер реакції всіх систем організму на умови зовнішнього середовища, що змінилися.

Під стресом у психологічній науці розуміють особливий стан психіки, організму загалом, який визначається широкою мобілізацією функціональних резервів для подолання будь-якого стресового впливу.

До основних рис психічного стресу належать такі:

- це стан організму, що виникає в результаті взаємодії між організмом та середовищем;
- стрес – більш напружений стан, ніж звичайний мотиваційний; необхідною умовою його виникнення є сприйняття людиною погрози;

- явища стресу виникають тоді, коли нормальна адаптивна реакція недостатня.

Виокремлюють травматичний стрес – особливу форму загальної стресової реакції, за якої відбувається перевантаження психологічних, фізіологічних і адаптаційних можливостей людини. У цьому випадку стрес для людини є травматичним і може стати причиною психологічної травми. На переконання дослідників В. Ромек і В. Конторович, травматичний стрес має деякі особливості:

- подія, що відбулася, усвідомлюється (людина розуміє, що з нею сталося та з якої причини у неї погіршився психологічний стан);
- існують зовнішні причини, які викликають цей стан;
- пережита ситуація руйнує звичний спосіб життя;
- подія, що відбулася, викликає жах та відчуття безпорадності.

Найбільш уживаними є такі означення стресу:

1. Сильний несприятливий вплив, який негативно діє на організм.

2. Сильна несприятлива для організму фізіологічна або психологічна реакція на дію стресора.

3. Сильні несприятливі та сприятливі для організму реакції різного роду.

4. Неспецифічні риси фізіологічних і психологічних реакцій організму за сильних, екстремальних для нього впливів, які викликають інтенсивні вияви адаптаційної активності.

5. Неспецифічні риси фізіологічних і психологічних реакцій організму, які виникають за різних для нього впливів.

Найбільш загальними ознаками стресу є наявність:

- деякого зовнішнього впливу (стресора);
- відповіді організму як цілісної системи;
- впливу, який заподіює пошкодження;
- первинної неспецифічної відповіді організму.

Неспецифічні, тобто загальні для всіх подразників зміни в організмі означають передусім перебудову захисних сил, яку можна визначити як адаптацію організму до умов, які змінилися, і нових зовнішніх факторів.

На будь-який значний зовнішній вплив організм реагує складною відповіддю – адаптацією до нових умов життєдіяльності.

За загальноприйнятим означенням, адаптація – це процес пристосування організму або біологічної системи до умов існування (функціонування), що змінилися. В основі адаптації лежить напружена у процесі еволюції сукупність морфофізіологічних змін, спрямованих на підтримання відносної сталості внутрішнього середовища – гомеостазу. У фізіології розрізняють різні рівні адаптаційного процесу: молекулярний, субклітинний, клітинний, органний та системний. Уявлення про адаптаційний синдром – це ключове поняття концепції стресу як комплексу захисних реакцій, що виникають в організмі людини під впливом значних за силою і тривалістю зовнішніх і внутрішніх подразників.

Виокремлюють кілька стадій адаптаційного синдрому.

1. *Стадія тривоги*, мобілізації, яку називають також *стадією неспецифічної відповіді*. Тут система гомеостазу мобілізує потрібні ресурси для реакції на подразник. При цьому спостерігається фізіологічна напруга захисних сил організму. Тому цю фазу називають також *стадією фізіологічної напруги організму*, яка виражається в посиленні та більшій частоті серцевих скорочень, розширенні просвіту бронхів, підвищенні працездатності м'язів скелета, зменшенні моторики кишечника тощо. Сутність цих змін – перебудова організму, спрямована на поліпшення його взаємодії з оточуючим середовищем, підвищення тону, мобільності та працездатності в надзвичайних ситуаціях.

2. *Стадія резистентності* (опору), коли адаптаційні ресурси організму мобілізовані та збалансовані. Якщо дія подразника є короткочасною, то на стадії резистентності можливий вихід організму зі стресу, який закінчується відновленням на новому функціональному рівні. Цю фазу називають також *стадією адаптованості*, оскільки організм у результаті мобілізації внутрішніх ресурсів напружує нові умови функціонування систем гомеостазу.

3. Якщо дія подразника продовжується, то резерви компенсації виснажуються і настає третя стадія – *виснаження і подальшого "зриву" компенсації*, яка завершується пошкодженням відповідної функціональної системи і всього організму в комплексі. Вичерпуються адаптаційні можливості, настає гормональне та імунне виснаження. Цю стадію називають ще *стадією дизадаптації (дезадаптації)*, надаючи їй таке означення: розлад пристосу-

сування живого організму до дії факторів оточуючого і внутрішнього середовища, який виникає в тих випадках, коли до організму висуваються надмірні або незвичайні для нього вимоги.

У вітчизняних наукових публікаціях поняття "посттравматичний стресовий розлад" (ПТСР) набуває все більшого поширення, а в науково-популярних виданнях найчастіше використовується поняття "посттравматичний стрес", або просто "стрес".

Термін "посттравматичний стресовий розлад" був уперше запропонований М. Хоровіцом. Він розробив діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті за основу при складанні Американської класифікації хвороб.

Відповідно до МКХ-10 (Міжнародного класифікатора хвороб – основного діагностичного стандарту в європейських країнах) визначається, що після травмувальних подій, які виходять за межі звичайного людського досвіду, може розвиватися ПТСР.

Під "звичайним" людським досвідом розуміють такі події:

- втрата близької людини, що відбулася через природні причини;
- важка хронічна хвороба;
- втрата роботи;
- сімейні конфлікти тощо.

До стресорів, що виходять за межі звичайного людського досвіду, належать ті події, які можуть травмувати психіку майже будь-якої здорової людини:

- стихійні лиха;
- техногенні катастрофи;
- події, які є результатом цілеспрямованої, нерідко злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойові дії, попадання у "ситуацію заручника", руйнування власного будинку тощо).

Отже, ПТСР є комплексом психофізіологічних реакцій людини на фізичну або психологічну травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яка у більшості людей викликає страх, жах, відчуття безпорадності. Це передусім ситуації, у яких людина сама пережила загрозу власному життю, смерть або поранення іншої людини (особливо близької), що відбулися за надзвичайних обставин. Передбачається, що ПТСР може виявитися у людини відразу після перебування у травматичній

ситуації, але може виникнути і за кілька місяців або навіть років – у цьому полягає особливість ПТСР.

У психологічній науці існує кілька моделей дослідження посттравматичних розладів особистості.

Теоретичні моделі ПТСР

Нині не існує єдиної загальноприйнятої теоретичної концепції, що пояснює етіологію (походження) та механізми виникнення й розвитку ПТСР. Однак існує кілька теоретичних моделей, серед яких можна виокремити такі підходи:

- психодинамічний (психоаналітичний);
- когнітивний;
- психосоціальний;
- психобіологічний (психофізіологічний).

Психодинамічні (психоаналітичні), когнітивні та психосоціальні моделі належать до психологічних. Вони були розроблені під час аналізу основних закономірностей процесу адаптації жертв травматичних подій до нормального життя.

Дослідження виявили, що існує тісний зв'язок між способами виходу із кризової ситуації, тобто способами подолання ПТСР (усунення та уникнення будь-яких нагадувань про травму, заглибленість у роботу, алкоголь, наркотики, прагнення увійти до групи взаємодопомоги тощо) та успішністю подальшої адаптації.

Було встановлено, що найефективнішими є три сукупні (застосовувані комплексно) стратегії боротьби з ПТСР:

- цілеспрямоване повернення до спогадів про травматичну подію з метою її аналізу та повного усвідомлення всіх обставин;
- усвідомлення носієм травматичного досвіду оборотного значення травматичної події для подальшого життя;
- реадаптація потерпілого та вироблення навичок самодопомоги, що здійснюється за допомогою професійних психологів.

Перша із цих стратегій була використана при розробленні психодинамічних моделей, що описують процес розвитку ПТСР, синдрому та виходу з нього як пошук оптимального співвідношення між патологічною фіксацією та травматичною ситуацією і її повним витісненням зі свідомості. При цьому враховується, що стратегія уникнення згадувань про травму є найбільш адекватною у гострому періоді та допомагає подолати наслідки

раптової травми. Під час розвитку постстресових станів усвідомлення всіх аспектів травми стає неодмінною умовою інтеграції внутрішнього світу людини, перетворення травмувальної ситуації на значущу частину буття суб'єкта. За психодинамічним підходом травма призводить до порушення процесу символізації. З. Фрейд розглядав травматичний невроз як нарцистичний конфлікт та увів поняття стимульного бар'єра. Унаслідок інтенсивного або тривалого впливу бар'єр руйнується, лібідозна енергія зміщується на суб'єкта. Фіксація на травмі виступає як спроба її контролю.

У сучасній класичній психодинамічній моделі наслідками травматизації вважають:

- регрес до оральної стадії розвитку та зсув лібідо з об'єкта на "Я";
- ремобілізацію садомазохістських інфантильних імпульсів;
- використання примітивних захистів;
- автоматизацію "Я";
- ідентифікацію з агресором;
- регрес до архаїчної форми функціонування "НадЯ";
- деструктивні зміни "Я"-ідеалу.

Ця модель не пояснює повністю симптоматику травматичного реагування, наприклад постійне відігривання травми. Крім того, у досвіді будь-якої людини можна знайти дитячу травму, яка не зумовлює, однак, розвиток неадаптивної реакції на стрес. Крім того, класична психоаналітична терапія для лікування цього розладу неефективна.

Інший аспект індивідуальних особливостей подолання ПТСР – це когнітивне оцінювання та переоцінювання травмувального досвіду, яке відображено у когнітивних психотерапевтичних моделях.

Автори цього напрямку вважають, що когнітивна оцінка травмувальної ситуації є основним фактором адаптації після травми. Вона найбільшою мірою сприятиме подоланню її наслідків, у випадку коли причина травми у свідомості її жертви, яка страждає на ПТСР, набуде екстернального характеру та перебуватиме поза особистісними особливостями людини (широко відомий принцип: не "я поганий", а "я зробив поганий вчинок"). У цьому випадку, як вважають дослідники, зберігається та підвищується віра у реальність буття, раціональність світу, а також у можливість збереження власного контролю за ситуацією.

Головним завданням при цьому є відновлення у свідомості гармонійності існуючого світу, цілісності його когнітивної моделі: справедливості, цінності власної особистості, доброти оточуючих, оскільки саме таке оцінювання найбільшою мірою спотворюється у жертв травматичного стресу (К. С. Калмикова, М. А. Падун, 2002).

У межах когнітивної моделі травматичні події – це потенційні руйнівники базових уявлень про світ та про себе, а патологічна реакція на стрес є неадаптивною відповіддю на знецінення базових уявлень. Такі уявлення формуються під час онтогенезу та пов'язані із задоволенням потреби у безпеці і становлять "Я"-теорію.

У ситуації сильного стресу відбувається колапс "Я"-теорії. І хоча цей колапс є неадаптивним наслідком стресового впливу, він сам по собі може бути адаптивним, оскільки дає можливість для більш ефективної реорганізації "Я"-системи. Неадаптивне подолання травми включає генералізацію страху, гнів, дисоціацію, постійне програвання травми. Причина неадаптивного подолання травми полягає у негнучкості та невмінні корегувати когнітивні схеми. Ця модель з найбільшою повнотою пояснює етіологію, патогенез та симптоматику розладу, оскільки враховує і генетичний, і когнітивний, і емоційний, і поведінковий фактори.

У межах психофізіологічної моделі відповідь на травму – це результат тривалих фізіологічних змін. Варіабельність відповідей на травму обумовлена темпераментом. Згідно із сучасними даними (А. Kolb, 1984; V. Kolk, 1991, 1996), під час стресового впливу зростає кількість норепінефрину, що зумовлює зростання рівня плазматичного катехоламіну, зниження в головному мозку рівня норадреналіну, допаміну, серотоніну, зростання рівня ацетилхоліну, виникненню болезаспокійливого ефекту, опосередкованого ендogenousними опіоїдами. Зниження рівня норадреналіну та спад рівня допаміну в мозку корелюють зі станом психічного заціпеніння. Цей стан, на думку багатьох авторів (P. Lifton, 1973, 1978; M. Horowitz, 1972, 1986; B. Green, P. Lindy, 1992), є центральним у синдромі реакції на стрес. Болезаспокійливий ефект, опосередкований ендogenousними опіоїдами, може викликати опіоїдну залежність та пошук ситуацій, схожих на травматичну. Зниження серотоніну інгібує роботу системи, що пригнічує продовження поведінки, яка спричиняє генералізацію

умовної реакції на пов'язані з первісним стресором стимули. Придушення функціонування гіпокампу може бути причиною амнезії на специфічний травматичний досвід.

Л. В. Трубіцина (2005), розглядаючи проблеми, пов'язані із травмою, виокремлює такі травмувальні ситуації: війни, природні катаклізми, екологічні та техногенні катастрофи, пожежі, терористичні акти, присутність під час насильницької смерті інших, нещасні випадки, сексуальне насильство, раптова поява захворювань, що загрожують життю, напад.

У психологічних дослідженнях виділяється ще одне поняття, приналежне до цієї проблеми. Це надзвичайна (екстремальна) ситуація, яка визначається як обставини на певній території, що склалися внаслідок аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного чи іншого лиха, які можуть спричинити людські жертви, заподіяти шкоду здоров'ю людей або навколишньому середовищу, значні матеріальні збитки та порушення умов життєдіяльності людей (І. Г. Малкіна-Пих, 2006).

Екстремальні ситуації (ЕС) можуть класифікуватися за такими ознаками:

- ступенем раптовості: раптові (непрогнозовані) та очікувані (прогнозовані). Легше прогнозувати соціальну, політичну, економічну ситуацію, складніше – стихійні лиха. Своєчасне прогнозування ЕС і правильні дії дають можливість уникнути значних втрат і в окремих випадках запобігти ЕС;
- за швидкістю розповсюдження: ЕС можуть бути вибухового, стрімкого, що швидко поширюється, або помірною, плавного характеру. До стрімких найчастіше належать більшість воєнних конфліктів, техногенних аварій, стихійних лих. Відносно плавно розвиваються ситуації екологічного характеру:
- за масштабом розповсюдження: локальні, місцеві, територіальні, регіональні, федеральні, трансграничні. До локальних, місцевих і територіальних зараховують ЕС, що не виходять за межі одного функціонального підрозділу, виробництва, населеного пункту. Регіональні, федеральні й трансграничні ЕС охоплюють цілі регіони, держави або кілька держав;
- за тривалістю дії: можуть мати короткотривалий характер або затяжну течію. Всі ЕС, у результаті яких відбувається забруднення навколишнього середовища, є затяжними;

- за характером: навмисні та ненавмисні. До перших належать більшість національних, соціальних і воєнних конфліктів, терористичні акти тощо. Стихійні лиха за характером свого походження є ненавмисними, ця група охоплює також більшість техногенних аварій і катастроф.

Існують ще деякі види ситуацій, що лежать у площині аналізу їх екстремальності. У психотерапії їх вирізняють як кризові, проблемні, критичні, екзистенціальні, термінальні, емоційно складні життєві ситуації.

Кризова ситуація в найзагальнішому вигляді визначається як ситуація, що породжує дефіцит сенсу в подальшому житті людини, як ситуація неможливості реалізації внутрішніх потреб свого життя (мотивів, прагнень, цінностей тощо).

Ф. Е. Василюк виділяє такі типи критичних ситуацій:

- стрес – неможливість реалізації вітальних "тут і тепер" настанов;
- фрустрація – непереборні труднощі в реалізації життєво необхідних мотивів;
- конфлікт – суб'єктивно нерозв'язна суперечність мотивів та цінностей;
- криза – ситуації, що сприяють неможливості реалізації життєвих задумів.

Відмінності у чотирьох типах ситуацій пояснюються з позицій різних онтологічних підходів до опису різних типів активності та внутрішньої необхідності. Автор зазначає, що критична ситуація має складну внутрішню динаміку, а типи ситуацій взаємно впливають один на одного. Практичне значення такої типології залишається незмінним – вона дає змогу чітко диференціювати характер критичної ситуації, що обумовлює оптимальні способи надання допомоги людині.

Загалом можна узагальнити такі основні риси травмувальної ситуації:

- вона є новою реальністю для людини і принципово відрізняється від повсякденних умов;
- висуває перед людиною проблему екзистенціальної дилеми життя і смерті та впливає на картину світу особистості й переживання фундаментальної невразливості;

- характеризується подвійністю, оскільки, з одного боку, несе загрозу, небезпеку, руйнування для особистості, а з іншого – апелює до стійкості, мужності, дає можливості для конструктивних змін;
- руйнує цілісність життєвого світу людини, поділяючи його на життя до ситуації, що сталася, часовий відрізок, пов'язаний з безпосереднім впливом екстремальних факторів, та життя після;
- під її впливом особистість людини трансформується, можлива фрагментація самоідентичності;
- під час неї утруднюються реалізація прогнозу подальших подій та розуміння подій, що відбуваються;
- обмежує здійснення самореалізації особистості й ускладнює можливості в задоволенні потреб;
- обмежує можливості активного впливу на неї людини, але при цьому відкриває нові способи активності;
- детермінує роботу з пошуку сенсу того, що відбувається;
- супроводжується появою тріадичної структури "розлад – адаптація – розвиток".

Психіка реагує на зовнішню травматичну подію за такою схемою: спочатку психіка трансформує зовнішню травму під внутрішню *самотравмувальну силу*, а потім відбувається малігнізація, *злаякісне переродження* психологічних захистів, які перетворюються із системи самозбереження психіки на систему її самознищення. Психічні захисти переходять на примітивний, архаїчний рівень (відхід від реальності, розщеплення, аутизм, трансові стани, виникнення множинних ідентичностей, стереотипних реакцій, втрата сенсу існування), психіка регресує, тому звернення до раціональної частини виявляється скрутним. Друга лінія захистів, тобто примітивні, архаїчні захисти, покликані відреагувати на травму та запобігти руйнуванню особистості.

Величезне значення соціальних умов, зокрема фактора соціальної підтримки оточуючих, з метою успішного подолання ПТСР відображено у моделях, які назвали *психосоціальними*.

За психосоціальним підходом модель реагування на травму є багатофакторною, тому необхідно врахувати значення кожного фактора у розвитку реакції на стрес. На підставі психосоціальної моделі ПТСР ґрунтується інформаційна модель ПТСР

М. Горовиця. Поряд із цим розробники та прихильники психо-соціального підходу підкреслюють виняткову необхідність врахування факторів навколишнього середовища (B. Green, 1990; K. Wilson, 1993), а саме:

- соціальної підтримки;
- релігійних вірувань;
- демографічних факторів;
- культурних особливостей;
- наявності або відсутності додаткових стресів тощо.

Виділяють ще деякі умови, що впливають на інтенсифікацію ПТСР:

- ступінь суб'єктивності сприймання ситуації як загрозової;
- ступінь об'єктивності реальної загрози для життя;
- ступінь наближеності суб'єкта до місця трагічних подій (він міг фізично не постраждати, але бачити наслідки катастрофи, трупи жертв тощо);
- ступінь замученості близьких суб'єкта.

Такі фактори є особливо значущими для дітей. Коли батьки надто болісно сприймають події, які не є незворотними, то дитина удвічі більше почуватиметься у психологічній небезпеці.

Психосоціальній моделі ПТСР притаманні недоліки інформаційної моделі, однак фактори оточуючого середовища уможливають виокремлювати індивідуальні відмінності.

У межах цієї теорії виокремлено основні соціальні фактори, що впливають на успішність адаптації жертв психічної травми, серед них:

- відсутність фізичних наслідків травми;
- міцне фінансове становище;
- збереження колишнього соціального статусу;
- наявність соціальної підтримки з боку суспільства та групи близьких людей.

Водночас фактор соціальної підтримки є найбільш значущим. Виділено такі стресогенні ситуації, що пов'язані із соціальним оточенням:

- людина з військовим досвідом не потрібна суспільству;
- війна та її учасники непопулярні;

- між тими, хто був на війні, і тими, хто не був, спостерігається відсутність взаєморозуміння;
- суспільство формує комплекс провини у ветеранів тощо.

Розглянемо особливості та критерії діагностики гострого стресового та посттравматичного стресового розладів. Під час гострої реакції на стрес (ГСР) симптоми зберігаються до одного місяця, а під час посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – більше місяця.

Під час відтермінованої реакції на стрес (відтерміноване ПТСР) симптоми з'являються після трьох, шести місяців, іноді через кілька років.

У психологічній науці виділено критерії діагностики гострої реакції на стрес, до яких належать:

- переживання важкого психічного або фізичного стресу;
- розвиток симптомів розпочинається безпосередньо протягом години;
- різні ступені вираженості напруги тривожності та вегетативних вивів, а у більш важких випадках – звуження уваги, очевидна дезорієнтація, гнів, агресія, відчай, безглузда гіперактивність;
- при усуненні стресу симптоми редукуються не раніше ніж за 8 год, при збереженні стресу – не раніше ніж за 48 год;
- відсутність ознак будь-якого іншого психічного розладу (крім тривожного).

У психологічній науці виділено три групи симптомів ПТСР:

1. *Симптоми повторного переживання*: повторні нав'язливі негативні спогади про подію; повторні негативні сни, пов'язані з подією; раптові образи й почуття (флешбеки); інтенсивний психологічний стрес під час подій, що нагадують або символізують травму.

2. *Симптоми уникнення*: уникнення думок і почуттів, пов'язаних із подією; уникнення діяльності, пов'язаної з подією; неможливість згадати деталі події; зниження інтересу до раніше значущої діяльності; почуття відстороненості, відчуження від інших людей; збіднення почуттів; відсутність орієнтації на майбутнє.

3. *Симптоми підвищеної збудливості*: труднощі засинання, безсоння; дратівливість; труднощі концентрації уваги; надпильність; вибухові реакції; фізіологічна реакція на події, що символізують або нагадують травму.

Основні порівняльні ознаки вияву посттравматичного стресового та гострого стресового розладів наведено в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Основні порівняльні ознаки вияву посттравматичного стресового та гострого стресового розладів

№ пор.	Посттравматичний стресовий розлад	Гострий стресовий розлад
1	Стійке уникнення стимулів, асоційованих із травмою, зменшення загальної реактивності організму (що було відсутнє до травми). Виявляються в таких ознаках: спроби уникнути думок, почуттів або розмов про травму, діяльності, місць або контакту з людьми, що викликають спогад про травму. Нездатність згадати будь-який важливий аспект події	Травмувальна подія нав'язливо переживається в один із таких способів: нав'язливі неприємні спогади, які містять образи, думки або сприйняття. Повторюються неприємні сновидіння про подію. Відчуття оживлого досвіду, ілюзії, галюцинації, дисоціативні флешбеки, включаючи ті, які виникають у стані напівсну або в період інтоксикації
2	Помітне зниження інтересу та участі у значущих видах діяльності. Відчуття залежності або відчуженості від людей. Звуження афекту (напр., нездатність відчувати любов). Почуття скорочення, відсутності майбутнього (відсутність очікування нормального життєвого циклу – кар'єри, одруження, дітей)	Виразні психологічні дистреси під впливом внутрішніх або зовнішніх стимулів, що символізують або нагадують про певні аспекти травмувальної події. Фізіологічні реакції на травмувальні стимули
3	Стійкі симптоми фізіологічної (гіпер-) активації (яких	Стійке уникнення стимулів, асоційованих із травмою, та зменшення

№ пор.	Посттравматичний стресовий розлад	Гострий стресовий розлад
	не було до травми) виражаються у таких явищах: – труднощі засинання (безсоння); – дратівливість, спалахи гніву, труднощі концентрації; – підвищена пильність; – підвищена готовність до реакції втечі	загальної реактивності організму (чого не було до травми) виявляються через такі ознаки: – спроби уникнути думок, почуттів або розмов про травму; – спроби уникнути діяльності, місць або людей, що викликають спогади про травму
4	Тривалість розладів (наявність критеріїв C, D) не менше одного місяця	Стійкі симптоми фізіологічної (гіпер-) активації (не було до травми), що виражаються у таких явищах: – труднощі засинання (безсоння); – дратівливість, спалахи гніву; – труднощі концентрації мислення; – підвищена пильність до навколишнього оточення; підвищена готовність до реакції втечі; – відсутність фізичної втоми, потреби у відпочинку
5	Розлад зумовлює клінічно значущий дистрес або порушує соціальну, професійну чи іншу значущу діяльність	Розлад зумовлює клінічно значущий дистрес або порушує здатність індивіда до отримання необхідної допомоги, повідомлення членам сім'ї про пережиту травму

Під час ПТРС спостерігаються такі клінічні симптоми:

1. *Немотивована пильність*. Людина пильно слідкує за всім, що відбувається навколо, має постійне відчуття загрози.

2. *Вибухова реакція*. При кожній несподіванці людина здійснює стрімкі рухи (падає на землю під час звуку гелікоптера,

швидко обертається та приймає бойову позицію, коли хтось наближається до неї зі спини).

3. *Притупленість емоцій*. Відбувається, коли людина повністю або частково втрачає емоційні вияви. Їй важко встановлювати близькі та дружні стосунки з оточуючими, для неї недоступні почуття радості та кохання, творчий підйом та спонтанність. За свідченнями досліджуваних, після перенесених ними у минулому екстремальних подій їм набагато важче відчувати ці почуття.

4. *Агресивність*. Стремління розв'язувати свої проблеми за допомогою грубої сили. Найчастіше це стосується фізичного силового впливу, але нерідко зустрічається також психічна, вербальна й емоційна агресивність.

5. *Порушення пам'яті та концентрації уваги*. За деяких обставин у людини виникають труднощі у зосередженні та згадуванні. У спокійному стані у досліджуваних концентрація уваги може бути дуже великою, але при виникненні будь-якого стресового фактора людина вже не в змозі зосередитися.

6. *Депресія*. Цей стан виявляється у нервовому виснаженні, апатії та негативному ставленні до життя.

7. *Загальна тривожність*. Виявляється на фізіологічному рівні як біль у спині, спазми шлунка, головний біль; у психічній сфері – параноїдальні явища (напр. необґрунтований страх переслідування), емоційні розлади (постійне почуття жаху, невпевненості, комплекс провини).

8. *Напади люті*. Як показують дослідження, такі напади виникають найчастіше під впливом алкоголю або наркотичних речовин.

9. *Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами*. Щоб знизити інтенсивність посттравматичних синдромів, досліджувані, особливо ветерани, вживають наркотики, алкоголь та інші наркотичні препарати. Треба зазначити, що ветерани були помилково віднесені до категорії алкоголіків, наркоманів тощо.

10. *Несподівані спогади*. Вважається, що це найважливіший симптом, який свідчить про наявність ПТС. У пам'яті пацієнта несподівано виникають спогади, сцени, пов'язані із травмувальними подіями. Ці спогади виникають як уві сні, так і в бадьорому стані. Вони виникають у тих випадках, коли навколишнє

середовище нагадує ситуацію, яка відбувалася під час травмувальної події: запахи, видовище, звуки тощо. Головна відмінність від буденних спогадів виявляється в тому, що посттравматичні несподівані спогади супроводжуються сильними почуттями тривоги та страху. Несподівані спогади, які приходять уві сні, викликають нічні страхіття. У ветеранів війни ці сновидіння часто пов'язані з бойовими діями. Людина, прокинувшись від такого сну, відчуває знесиленість: її м'язи напружені, підвищена пітливість. Ветерани та їхні близькі помічають, що під час сновидіння людина неспокійно поводить у своєму ліжку, прокидається зі стиснутими кулаками, нібито готовою до бійки.

11. *Галюцинативні хвилювання*. Це особливий різновид раптових спогадів про травмувальні події. Перебуваючи у такому стані, людина думає і відчуває те, що вона переживала у стресових ситуаціях минулих днів, коли необхідно було рятувати своє життя.

12. *Безсоння* (труднощі із засинанням та перерваний сон). Коли людину турбують нічні жахи, вважається, що вона сама неусвідомлено чинить опір засинанню, і в тому полягає причина її безсоння: людина боїться заснути і знову побачити це. Постійне недосипання, яке призводить до крайнього нервового виснаження, доповнює картину симптомів посттравматичного стресу. Безсоння може бути викликане високим рівнем тривожності, невмінням зняти напругу, заспокоїтися, а також постійним відчуттям фізичного та душевного болю.

13. *Думки про самогубство*. Коли людина досягає тієї межі відчаю, де вона не знаходить ніяких варіантів виправити своє становище, вона починає думати про самогубство. Посттравматичні пацієнти, зокрема й ветерани, розповідають, що якийсь час перебували на такій межі.

14. *Провина, що вижив*. Почуття провини, що людина вижила в екстремальній ситуації, у якій загинули інші, насамперед притаманне тим, хто страждав від емоційної глухоти (нездатності відчувати радість, кохання, співпереживання тощо) під час травмувальних подій. Постраждалі готові на все, аби запобігти спогадам про трагічні події, загибель своїх товаришів. Сильне почуття провини інколи провокує приступи самознищення.

2.2. Реабілітаційні заходи в ситуаціях травмувальних подій

Під час стихійних лих і катастроф, що охоплюють значні території і супроводжуються значними санітарними втратами, зазвичай місцеві органи охорони здоров'я дезорганізовані, унаслідок чого виникає необхідність залучення медичних сил і засобів усієї країни, зокрема й психологічної служби.

Ситуація роботи психолога в екстремальних умовах відрізняється від звичайної терапевтичної ситуації щонайменше такими моментами (Р. Ловелл, С. Малімонова, 2003):

- *Робота з групами.* Часто доводиться працювати з групами жертв, і ці групи не створюються психологом (психотерапевтом) штучно, виходячи з потреб психотерапевтичного процесу, вони були створені самою драматичною ситуацією катастрофи.
- *Пацієнти часто перебувають у гострому афективному стані.* Іноді доводиться працювати, коли жертви перебувають ще під ефектом травмувальної ситуації, що не зовсім звичайно для нормальної психотерапевтичної роботи.
- *Нерідко спостерігається низький соціальний та освітній статус багатьох жертв.* Серед жертв можна зустріти велику кількість людей, які за соціальним та освітнім статусом ніколи в житті не опинилися б у кабінеті психотерапевта.
- *Різноманітність психопатологій у жертв.* Жертви насильства часто страждають, крім травматичного стресу, на неврози, психози, розлади нервової системи і, що особливо важливо для професіоналів, які працюють із жертвами, мають цілу низку проблем, викликаних самою катастрофою або іншою травмувальною ситуацією (відсутність засобів до існування, роботи тощо).

Наявність майже в усіх пацієнтів почуття втрати, оскільки часто жертви втрачають близьких людей, друзів, улюблені місця проживання, роботу тощо, робить внесок у нозологічну картину травматичного стресу, особливо в депресивну складову цього синдрому.

Відмінність посттравматичної психопатології від невротичної. Можна стверджувати, що психопатологічний механізм травматичного стресу принципово відрізняється від патологічних механізмів неврозу. Отже, необхідно виробити стратегії роботи із жертвами, які охопили б і ті випадки, коли має місце суто травматичний стрес, і ті, коли має місце складне переплетіння травматичного стресу з іншими патогенними факторами внутрішнього або зовнішнього походження. Саме тому служба екстреної психологічної допомоги виконує такі базові функції:

- *практичну:* безпосереднє надання швидкої психологічної і (за потреби) долікарської медичної допомоги населенню;
- *координаційну:* забезпечення зв'язків і взаємодії зі спеціалізованими психологічними службами.

Мета і завдання екстреної психологічної допомоги:

- профілактика гострих панічних реакцій, психогенних нервово-психічних порушень; підвищення адаптаційних можливостей індивіда;
- психотерапія нервово-психічних порушень.

Загальна медична, психологічна допомога першого етапу має бути спрямована на виявлення та ізоляцію осіб із психомоторним збудженням для запобігання розвитку паніки.

Упродовж усіх рятувальних і евакуаційних робіт психологічна допомога тісно пов'язана з медичною. Однак у зв'язку з обмеженістю ресурсів психологічна та психіатрична допомога надається не стаціонарними структурами, а мобільними психолого-психіатричними групами (бригадами).

Під час сортування потерпілих із гострою психічною травмою головними є такі критерії:

- психотичний або непсихотичний рівень розладів;
- свідомість у потерпілого порушена або не порушена;
- рухове порушення або ступор;
- стан емоційної сфери (страх, тривога або депресія).

Після завершення рятувальних робіт і відносної стабілізації ситуації формується система медико-психологічної допомоги, яка може мати розгалужену структуру.

1. Центри соціально-психологічної підтримки із провідною участю соціальних працівників і психологів для виконання інформаційної та психокорекційної роботи.

2. Амбулаторна психотерапевтична служба для психотерапевтичного (лікарського) консультування і лікування потерпілих із межуючими психічними розладами.

3. Стаціонарна психіатрична і психотерапевтична служби для лікування ПТСР, соматоформних і психотичних психогенних розладів.

В. С. Мухіна вважає, що формування групи для роботи з надання експрес-допомоги дітям і дорослим, які пережили травматичні події, має вестися з урахуванням низки умов.

1. Усі члени групи мають бути професіоналами з вікової психології і психології поведінки людини в надзвичайних ситуаціях як у теорії, так і на практиці. У ситуації, коли жертва переживає травматичні події, робота психолога має вестися на основі знань психічних особливостей і можливостей кожного віку. Знання закономірностей розвитку психіки, її вікових особливостей і її потенціалу – підстава для початку роботи з надання психологічної допомоги. Наявність досвіду роботи з людьми різного віку (від дітей до людей похилого віку) принципово значуща в цій ситуації.

2. Учасники групи обов'язково мають бути емпатійними людьми. Робота з людьми, які пережили трагедію і перебувають у шоківому стані, пережили горе втрати, вимагає, крім професійних якостей, простого людського співпереживання.

Емпатія – основна умова для встановлення контакту з людиною, яка пережила трагедію, і для виведення її зі стану травматичного і посттравматичного стресу.

3. Члени групи обов'язково мають бути як фізично, так і психічно витривалі. Графік роботи й навантаження в екстремальних ситуаціях не нормуються. Важливо, щоб усі члени групи вміли тримати себе у психічній та фізичній нормі. Уміння регулювати власні фізичні та психічні стани для психологів, які працюють у надзвичайних ситуаціях, особливо важливе: всупереч надзвичайним обставинам психолог повинен залишатися здатним надавати допомогу прямим жертвам і жертвам подальшої хвили надзвичайної ситуації.

4. Мотивація участі у психологічній експрес-допомозі має бути виключно професійною. Мотив – допомога людям, які пережили надзвичайну ситуацію і горе втрати – природний мотив, властивий нормальній соціалізованій і моральній людині.

Професіонал повинен усвідомлювати, що під час надання допомоги він буде діяти у складній ситуації, часто непередбачуваній. Професіонал має бути психологічно включений у ситуацію експрес-допомоги. Думки і почуття психолога мають бути зосереджені на людях, яким надається допомога, на їхніх проблемах і станах.

Власні амбіції як професійні, так і іншого роду, під час роботи із жертвами надзвичайних ситуацій не мають замінювати виконання взятих на себе зобов'язань. Домагання, що перебувають за межами надання допомоги жертвам, мають бути подавлені. Слід пам'ятати, що ти – професійний психолог, який працює для потерпілих і заради постраждалих.

Корисно засвоїти певні знання про можливі результати роботи психолога в умовах надзвичайних ситуацій:

- зусилля можуть бути успішними, але можуть бути й марними;
- якщо стан жертв, з якими ти працюєш, раптом буде явно поліпшуватися, то не слід відносити це на свій рахунок.

Потрібно знати й не забувати, що поліпшення стану швидше забезпечує властивість психіки людини до відновлення, ніж професійні зусилля. Саме тому надання допомоги жертві із хронічними захворюваннями тіла і психіки вимагає великих зусиль і професійного втручання фахівців-медиків.

Однак, безумовно, робота професійного психолога може сприяти відновленню психіки жертви; психолог реально допомагає жертві впоратися із травмувальними переживаннями, створює умови, сприятливі для реабілітації.

5. Для ефективної роботи групи важливо, щоб кожен її член дотримувався загальних правил і не був індивідуалістом. Також важливі спільні рефлексії (аналіз складних випадків).

Кожен член спільноти психологів експрес-допомоги має бути готовим працювати самостійно в різноманітних проблемних ситуаціях. Кожен відповідає за себе. Ніхто ніким у процесі роботи не керує, нікого не контролює. Кожен сам на сам працює із

психологічними проблемами конкретних людей і самостійно приймає рішення.

Якщо робоча група достатньо велика, то за певних обставин ефективніше працювати парами. Взаємодопомога здійснюється на рефлексивних зустрічах.

В умовах психологічної експрес-допомоги в надзвичайних ситуаціях діяльність психолога перетворюється на екстремальну професію.

6. Керівник відповідає за загальну стратегію надання експрес-допомоги й тактику, щодня розв'язуючи загальні та ситуативні проблеми. Під час формування групи важливі дві позиції: з одного боку, спочатку керівник бере відповідальність за склад учасників на себе, з іншого – кожен член групи співпрацює з керівником і одночасно бере відповідальність на себе за свої дії.

7. Група формується з огляду на низку раціональних вимог. Крім професійних якостей практикуючого психолога, важливо правильно вибудувати віковий, гендерний і типологічний склад групи. Керівник має орієнтуватися в особливостях фізичного і психічного здоров'я і витривалості кожного члена групи.

Готовність психолога до роботи в екстремальних умовах зумовлена не тільки його знанням вікових особливостей людей і типових регресій у результаті надзвичайних ситуацій, а й особистою мотивацією, сконцентрованою на безкорисливому наданні допомоги.

Психологічно правильно групи експрес-допомоги готувати заздалегідь як добровільні команди. Функціональні відносини членів групи мають бути напрацьовані заздалегідь, з огляду на потенційні можливості кожного. Крім основного складу групи, у роботі потрібні дублери й добровольці.

Психотравматолог К. Хаусман (K. Hausmann, 2005) за масових гострих психотравматичних обставин пропонує такі дії.

Заспокоєння. Потерпілого повертають до належного (адекватного) рівня схвильованості. Психолог спокійним і впевненим голосом стверджує: "Ви в повній безпеці, все минуло". **ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ!** – недооцінювати ситуацію, давати неправдиві обіцянки, втішати через обман.

Відновлення орієнтації. У випадку порушеного орієнтування потерпілого допомогти йому повернути стан реального "Я" до стану "тут і тепер". Потерпілому надається чітка інформація про ситуацію, місце і час. На всі його запитання даються чіткі відповіді. Також проводиться активне слухання та сприйняття: "Послухайте мене, подивіться на мене, подивіться навкруги; що ви бачите, що чуєте?", "Яку подію перед нещасним випадком ви можете пригадати, що можете пригадати з подій після випадку? Спробуйте пригадати, як це сталося, як все почалося?".

Активізація ресурсів потрібна для відкриття доступу та використання власних і соціальних механізмів подолання. Це реанімує почуття самокомпетентності. Варто звернути увагу на фізичні потреби потерпілого, для цього доречно запитати: "Як би ми могли це найшвидше вирішити?", "Як ви зазвичай поведетесь у складних ситуаціях?".

Активізувавши ресурси, можна скласти стратегію подолання.

Сприйняття реальності ситуації потрібне для зменшення інтенсивності травматичного навантаження. Проводиться психовиховання, пояснюються симптоми гострої стресової реакції. Важливо відгородити потерпілого від повторної травматизації, надати допомогу чи підтримку або, навпаки, адекватно підготувати до можливого важкого сприйняття (напр. прощання з померлим). Варто застосовувати вправи на уважність ("візьміть свою ліву руку, ... відчуйте, як ви сидите, як ви дихаєте...").

Відчуття часу структурує подію і вкладає її в часовий контекст. Потерпілого можна запитати: "Котра зараз година?", "Скільки часу минуло від якоїсь конкретної події?". Важливо за допомогою інформації та активізації наративної пам'яті показати хронологію, ввести стресову подію у нормальний контекст буднів, запропонувати чіткі та стабільні поняття часу (тепер, до того, після того, сьогодні до обіду). Опрацювання в думках сприяє поведінковому аналізу події та власної реакції на неї.

Психолог спонукає потерпілого до встановлення емпатичного контакту, висловлювання думок: "Про що ви тоді думали? Як би ви це описали?". Наприклад, обговорювання спогадів про померлого чи поведінку загиблого в нещасному випадку допо-

магає спонтанному відпочинку травмованої особи й оптимально прокладає шлях для опрацювання травми у травмотерапії.

Пробудження почуттів необхідне для того, щоб зняти емоційне напруження, та унеможливує застрягання на емоційно гнітючих подіях. Важливо просто сприйняти всі почуття, які висловлюються потерпілим. Забороняється перешкоджати виявам емоцій. Почуття, навіть такі, як сором, гнів, злість, роздратування, необхідно приймати та цінувати.

Відновлення та підтримка суб'єктивного контролю. Психолог спонукає потерпілого приймати рішення у простих речах: "Не могли б ви сказати, де б ви хотіли сісти? Вам багато цукру до кави? У який час мені краще зателефонувати вашому чоловікові?".

Зміцнення образу "Я" здійснюється для нормалізації суб'єктивних і об'єктивних реакцій, активізує і підтримує дієздатність, спонукає до пошуку та застосування стратегій подолання. Психолог отримує відповіді на запитання: "Кому ви зараз потрібні?", "Чи є у вас якісь ідеї, що можна із цим робити?". Така позиція сприяє нормалізації, започатковує роботу над розірваним образом "Я" у лікуванні травми.

Наступні кроки потрібні, щоб "поставити потерпілого на ноги". Тут будуються конкретні плани і приймаються домовленості, встановлюються контакти. Отже, ця робота є і діагностичною, і терапевтичною, що готує травмовану особу до травмотерапії.

Є інші підходи до роботи з гострою реакцією на стрес. Досить ефективним є дебрифінг (Дж. Мітчел). *Дебрифінг* – це кризова інтервенційна методика, яка застосовується для подолання кризи, що переживається у зв'язку із трагічними ситуаціями (стихійне лихо, теракти, дорожньо-транспортні та інші екстремальні події), які мають потужні негативні наслідки для функціонування психіки.

Слід зазначити, що дебрифінг застосовують для тих осіб, які діяли спільно в екстремальній ситуації (загін вогнеборців, рятувальників державної служби надзвичайних ситуацій, члени мультидисциплінарної команди, військові підрозділи після участі у бойових діях тощо).

Для осіб, які пережили окремо кожен власну психотравмувальну ситуацію, техніка дебрифінгу є неприйнятною, оскільки може спровокувати погіршення стану через емпатійне приєднання до переживань учасників, а отже, взаємну ретравматизацію.

Дебрифінг проходить у формі групового обговорення події. Мета групового обговорення – мінімізація наслідків психологічних травм і реадптація. Оптимальний час для проведення дебрифінгу – не пізніше 48 год після події. Обговорення може відбутися і пізніше, однак чим більше мине часу, тим менш чіткими будуть спогади. Для відтворення картини подій, що відбулися, за великої часової дистанції можуть бути використані відеозаписи, якщо такі є.

Обстановка для проведення дебрифінгу має бути зручною, бажано в ізольованій кімнаті, у якій група була б захищена від зовнішніх втручань, таких, наприклад, як телефонні дзвінки, випадкові відвідувачі. Члени групи можуть розташуватися навколо столу. Керує проведенням психологічного дебрифінгу одна людина, яка має одного або двох асистентів.

Серцевина дебрифінгу – фасилітоване групове обговорення, яке включає говоріння, слухання, прийняття рішень, навчання, проходження фаз цього методу та доведення зустрічі до результативного закінчення. До списку умінь керівника входять: його дії на всіх етапах групового обговорення, знання закономірностей групової динаміки та їх використання у терапевтичних цілях, фасилітація, контроль за переміщенням членів групи усередині й поза кімнатою, де відбувається дебрифінг, контроль за часом, індивідуальні контакти з тим, хто переживає дистрес. Процес дебрифінгу має бути записаний.

Чисельність групи для психологічного дебрифінгу варіюється навколо цифри 15. Збільшення кількості учасників пов'язане з необхідністю мати додаткову кількість асистентів та умови для проведення дебрифінгу, а саме: просторе приміщення, щоб люди могли здійснювати обговорення одночасно у кількох групах із 15 осіб.

Структура психологічного дебрифінгу включає три частини та сім чітко виражених фаз.

Частина перша: опрацювання основних почуттів та вимір інтенсивності стресу включають такі фази: 1) вступну; 2) фактів; 3) думок; 4) реагування.

Частина друга: детальне обговорення симптомів та забезпечення почуття спокою і підтримки складається із фаз: 5) симптомів; 6) підготовчої.

Частина третя: мобілізація ресурсів, забезпечення інформацією та формування планів на майбутнє – сьома фаза реадаптації.

2.3. Дитячі психологічні травми та їх вплив на розвиток особистості

Характер психотравмувального впливу на систему значущих переживань і особистісних сенсів залежить від виду психотравми, що може бути гострою, пов'язаною з одноразовими, стрімкими надсильними подразниками (стихійне лихо, переляк, конфлікт), чи хронічною, викликаною відносно слабкими, але тривалими, часто повторюваними подразниками (ізоляція, емоційна депривація).

Упродовж останніх десятиліть досвід хронічної травматизації у ранньому дитинстві перебуває у фокусі інтенсивних наукових досліджень, і на сьогодні ми знаємо доволі багато про негативний вплив травматизації на психологічний розвиток дитини та на формування центральної нервової системи (Т. Г. Романчук, 2011). Запропоновано ввести у міжнародну класифікацію хвороб і новий розлад – *розлад травми розвитку* (V. Kolk, 2009). Лаконічний підсумок даних цих досліджень відображено на рис. 2.1 (S. Cook, 2005; B. Hart, 2006).

Досвід хронічної травматизації призводить до формування у дитини відчуття постійної загрози, що переводить її мозок у стан постійного очікування на небезпеку. У разі травми розвитку джерелом небезпеки є ті особи, до яких природно дитина повинна б мати прив'язаність, які б мали задовольняти її емоційні та біологічні потреби, бути джерелом безпеки. Тому, як це не парадоксально, джерело безпеки стає водночас джерелом небезпеки, що призводить до формування дезорганізованої моделі.

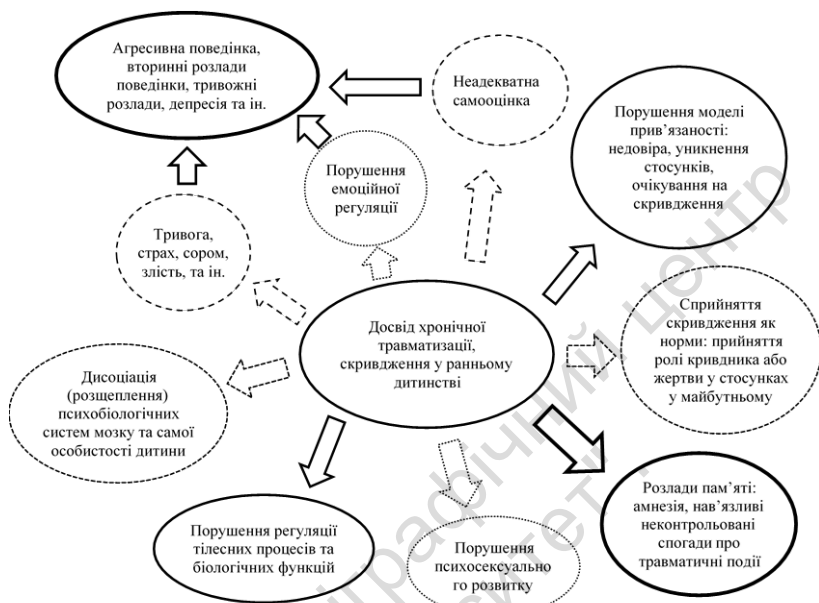


Рис. 2.1. Наслідки впливу психологічної травми на розвиток особистості дитини

Поведінка дитини дезорганізовується між полярно протилежними сприйняттями особи батьків: "я боюся тебе / я прагну твоєї любові", "я потребую тебе / я ненавиджу тебе" тощо.

Такі протилежні досвіди не можуть цілісно інтегруватися у головному мозку дитини – психобіологічні системи її мозку так само дезорганізовуються, дисоціюють; і в мозку, і у психіці дитини починають співіснувати окремі частки її досвіду: частка, яка уникає стосунків, і частка, яка прагне стосунків; частка, яка переживає злість, і частка, яка переживає страх; частка, яка пам'ятає досвід скривдження, і частка, яка нічого не пам'ятає, тощо. Таке розщеплення, фрагментація спостерігаються як у її емоційному житті, так і в її пам'яті, поведінці, тілесному функціонуванні. У крайніх формах така фрагментація свідомості на частки може виявлятися через дисоціативний розлад ідентичності.

Повторний, часто непередбачуваний характер травматичних подій призводить до формування у дитини очікування нападу – її тіло постійно мобілізоване, у стані хронічного стресу, концентрація гормонів стресу (норадреналіну та глюкокортикоїдів) також підвищена, що призводить до нейрогормональних порушень, дисрегуляції біологічних функцій (сон, їжа тощо), пригнічення функцій імунної системи, психосоматичних захворювань. Як наслідок, пам'ять про травматичні події не може належним чином організуватися, інтегруватися. Відповідно, частини пам'яті можуть бути дисоційовані, немов приховані за лаштунками. Тоді має місце те, що ми називаємо амнезією, а інші частини пам'яті стають некерованими: вони можуть нагадуватися, інтрузивно переживатися дитиною знову і знову. Коли внутрішній світ дитини переповнений такими болючими спогадами, незінтегрованими фрагментами травматичної пам'яті, – це немов жити у замку, у підземеллі якого живуть привиди, які переслідують його господаря. Звісно, життя у такому "замку" стає дуже дезорганізованим – керувати увагою, організовувати свою поведінку відповідно до цілей стає дуже складно. Дезорганізація психічного життя, дезінтеграція систем мозку призводять до порушень планування, керування увагою, самоорганізації поведінки, контролю імпульсів тощо.

Підкіркові відділи мозку, що відповідають за тривогу, реакції втечі/нападу, постійно активовані, що робить реакції дитини на стимули зовнішнього світу так само дисрегульованими. Дитина сприймає небезпеку там, де її немає, вона реагує нападом, агресією або ж страхом/втечею, реакцією "замри/відключись" на відносно нейтральні події.

Очікування небезпеки призводить до тотальної недовіри, сприйняття інших людей винятково як джерела небезпеки та скривдження. Дитина приписує іншим людям негативні мотиви, очікує від них агресивної поведінки, продовження скривдження, їй важко повірити, що наміри, ставлення інших людей можуть бути іншими.

В особливо важких випадках, коли скривдження було надто багато і не було жодної доброї близької людини, щоб дитина могла зрозуміти, що у світі, крім ненависті та скривдження, є ще

щось інше, у неї може сформуватися відчуття, що насильство і скривдження є нормою поведінки. Тому дитина може почати сама кривдити інших, зокрема слабших, або ж приймати пасивну роль жертви – як у дитинстві, так і в дорослому віці.

Коли скривдження мало сексуальний характер (на жаль, це трапляється доволі часто), таке саме спотворення того, що є нормою, переноситься на сферу стосунків між людьми, зокрема інтимних. Відповідно, може мати місце сексуалізація поведінки дитини, перенесення досвіду статевого скривдження на нові стосунки в ролі жертви/кривдника, формування негативного образу власного тіла, порушення сприйняття межі свого особистого/тілесного простору, простору інших людей.

Досвід скривдження, травматизації переповнює внутрішній світ дитини почуттями страху, сорому, злості, провини, образи, самотності тощо. Ці почуття дитина не може самостійно інтегрувати, відповідно, вони можуть бути або дисоційовані, витіснені (тоді спостерігаємо емоційне оніміння, беземоційність), або ж виявлятися через поведінкові реакції, бурхливі викиди їх назовні у формі нападів люті, плачу тощо. Спробами регуляції почуттів можуть стати згадувані вище аутостимуляційні рухи, мастурбація, самопошкоджувальна поведінка, із часом – алкоголь, наркотики та інші, більш "дорослі" способи регуляції почуттів.

Досвід хронічної травматизації у дитинстві, спричиняючи численні нейробіологічні порушення та негативно впливаючи на психосоціальний розвиток, робить дитину схильною до вторинного розвитку низки психіатричних розладів у дитинстві, підлітковому та дорослому віці, зокрема афективних (депресії, суїцидальність), тривожних поведінкових розладів, зловживання психоактивними речовинами, розладів особистості, харчової поведінки тощо.

Австро-американський психоаналітик О. Ранк увів поняття "травма народження" – це несвідомі переживання людини, пов'язані з її появою на світ. Згідно з його поглядами травма, отримана при народженні, є причиною виникнення неврозів, а переживання страху народження – "першою репетицією", прообразом переживань усіх інших ситуацій небезпеки. Травма народження та викликаний нею страх, згідно з О. Ранком, є основними факторами розвитку людини та джерелом невротичних захворювань.

У внутрішньоутробному стані майбутня дитина органічно з'єднана з матір'ю, порушення цієї гармонії при народженні викликає у неї тривогу. Незахищеність дитини перед зовнішнім світом може стати причиною того, що в неї виникне прагнення повернутися у первісний стан, а неможливість здійснення цього призведе до появи неврозу. Доросла людина на несвідомому рівні певною мірою теж відчуває тугу за втраченою гармонією.

Історія поняття травми впливає з ранніх праць З. Фрейда і дофрейдівських робіт Ж. М. Шарко та Ж. Брейєра. З. Фрейд створив першу психоаналітичну теорію травми, у якій це явище розглядалося як глибоко вкорінений у несвідомій сфері афект, що здійснює патогенний вплив на психіку людини та є підґрунтям невротичних розладів. Джерело травми він вбачав не в зовнішній події, а в самій психіці, у розщепленні Его, до якого призводить травматична тривога, заснована на несвідомих фантазіях.

Коли дитина переживає травму, сильно вражається її здатність розвивати свою регуляторну систему. Регуляторна система – це, за сутністю, система реакції на стрес. Саме вона допомагає людині впоратися зі стресом, інтерпретувати його і правильно реагувати.

У випадках із глибокими травмами життя дитини у її розумінні перебуває під загрозою. Внутрішні механізми активізуються, всі ресурси організму переходять у режим виживання. Такі діти сприймають увесь світ як дещо загрозливе – із неврологічного, фізичного, емоційного, когнітивного та соціального поглядів. Вони керуються страхом, прагнучи забезпечити собі захист і безпеку. Отже, дитині, що перебуває у стані стресу, важко будувати стосунки, виявляти приязне ставлення. Дитина не здатна чітко мислити і переживає крайнощі емоційних станів через недорозвинену регуляторну систему.

Ситуативна пам'ять – це рівень пам'яті, найбільш пов'язаний з особливостями особистості людини. Фізіологічно вона пов'язана зі стовбуровою частиною мозку, яка є не раціональною, а емоційною частиною мозку. Ідеться про мигдалеподібне тіло, свого роду рецептор страху. Ця частина мозку відповідає за оброблення даних, що надходять з оточуючого середовища, і миттєво посиляє сигнали: "боротися", "бігти" або "завмерти на місці".

Дослідження з неврології свідчать про те, що діти, які пережили травму, реагують на стрес, спираючись на стан страху на підсвідомому рівні ситуативної пам'яті. Рецептор страху в мозку активізується, а сприйняття подій, що відбуваються, у стані стресу викривляється, і ситуація здається винятково страхітливою.

Дуже важливо, щоб батьки усвідомили, чому діти реагують на ту чи іншу ситуацію певним чином. Інакше вони не зможуть фізіологічно й емоційно допомогти своїй дитині. Результати наукових досліджень свідчать про те, що під час взаємодії двох людей мигдалеподібне тіло, яке перебуває у спокійнішому стані, здатне заспокоїти мигдалеподібне тіло, яке перебуває в активному стані, і навпаки.

Дослідження доводять, що травма негативно впливає на нейрофізіологічну систему дитини, мигдалеподібне тіло в її мозку стає гіперчутливим до загроз, надто сильно реагує на різні стимули, які надходять від сенсорних систем. У цьому режимі дитина не здатна впоратися із шаленим потоком інформації, яка надходить до мозку. Дитина впадає у стан абсолютного жаху, переходить у режим виживання.

У дітей, які в минулому мали травматичні переживання, часто порушена система саморегуляції. Діти, що виросли в атмосфері насильства, нехтування і страху, не бачили прикладу людей з ефективною системою емоційної регуляції (їхніх батьків не було поруч або вони не могли заспокоїти дитину у стресових ситуаціях), мають недорозвинену регуляторну систему, не здатну пом'якшити внутрішній стан стресу. Емоційно-вольовий розвиток цих дітей був порушений через спроби компенсувати відсутність зовнішнього заспокоєння, яке є біологічною потребою, особливо в ранньому віці. Таке заспокоєння мало б надходити від батьків або людей, що замінюють батьків.

Зрозуміло, що всі ці діти пережили психологічні травми. Кожна ситуація, коли дитина відчуває страх і свою незахищеність, є травмувальною і залишає в її душі осередок болю. Кожна нова психологічна травма нашаровується на попередню та закарбовується на нейропсихологічному рівні. Це відіграє значну роль у житті дітей, які пережили травми. Коли людина опиняється у стані підвищеного стресу, запускається її ситуативна

пам'ять і всі відповідні спогади минулого переходять до верхніх прошарків пам'яті. Отже, коли дитина із травматичним минулим наражається на ситуацію, у якій зазнає стресу, то активізується її ситуативна пам'ять. Іншими словами, коли дитина переживає стресові події або події, які сприймає як загрозу, то завдяки викривленому стану розуму вона вірить, що якщо прямо зараз не переконає оточуючих, що має рацію, то, імовірно, знову зазнає насильства.

Якщо батьки наполягають на своєму, таким чином привносячи ще більшу загрозу для дитини, то дитина ще глибше занурюється у стан страху, і це ще сильніше виявляється в її поведінці. Батьки, у свою чергу, також занурюються у стан власного страху і ще інтенсивніше намагаються підкорити волю дитини. Унаслідок цього неврологічна петля негативного зворотного зв'язку збільшується, поки кожен із її учасників чинить опір, усе глибше занурюючись у стан страху.

Крім щоденної "гри на нервах", якою є життя з дитиною, яка виявляє складні поведінкові реакції, емоційна енергія дитини пробуджує в батьках спогади про їхні власні травми минулого, навіть ті, про які вони й не підозрювали. Ситуативна пам'ять батьків актуалізується на глибоко підсвідомому рівні.

У дітей, які мають травматичні переживання в минулому, значною є імовірність неконтрольованих реакцій на фруструючі ситуації, унаслідок яких ці діти часто нездатні встановлювати близькі стосунки. Тому прийомні батьки мають дотримуватися певної стратегії, усвідомлювати, що негативні поведінкові реакції дитини є супутніми болісному процесу її одужання.

У фруструючій ситуації процеси мислення стають безладними та викривляються. Під впливом стресу дитина не лише не може думати чітко, але й змінюється її розуміння того, чого вона прагне і що пам'ятає. Тому зазнає викривлення не лише мислення, але й пригнічується вся система пам'яті.

Якщо діти пережили в ранньому віці травми різного походження та ступеня важкості, від середнього до важкого, то наслідки травм можуть ускладнюватися, оскільки на них накладаються негативні емоції, які доводиться переживати далі.

Діти, які пережили в дитинстві психологічні травми, часто виявляють у край агресивну поведінку, яку навіть не можна порівнювати з поведінкою інших дітей за інтенсивністю, частотою та тривалістю. Ця агресія може бути спрямована на будь-кого з оточуючих, особливо на батьків. Дії дитини, яка перебуває у стані страху/гніву, є несвідомими. Дитина не вдається свідомо до агресії, щоб зіпсувати стосунки. Травматичний досвід впливає на ситуативну пам'ять дитини та змушує її поводитися агресивно, коли вона перебуває у стані стресу або страху.

Діти, які зазнали психологічних травм, зазвичай схильні обманювати. Така поведінка може виявлятися кілька разів на день. Необхідність справлятися з такою поведінкою може вивести із себе навіть найтерплячіших батьків. Нагадуємо, що ці діти керуються первісним інстинктом виживання, брехня для них буквально стає справою життя або смерті. Їм здається, що їхнє виживання залежить від того, чи вдасться їм переконати батьків у тому, що вони говорять правду. Поки діти перебувають у такому викривленому стані розуму, ситуативна пам'ять змушує їх думати, що для виживання їм потрібно дотримуватися брехні в будь-який спосіб.

Контрольні запитання

1. Які різновиди стресових подій ви знаєте?
2. Назвіть ознаки посттравматичного стресового розладу.
3. Розкрийте зміст соціально-реабілітаційних заходів у ситуаціях катастроф.
4. Що таке дебрифінг?
5. Який вплив дитячих психологічних травм на розвиток особистості?

Завдання для самостійної роботи

Проблемна ситуація № 1

Уважно прочитайте ситуацію, виконайте поставлені завдання.

Хлопчик В. (11 років), після етнічної чистки в Боснії мешкає у Загребському таборі для біженців. До спеціалістів проекту "Загребська допомо-

га" його привела мати. Вона розповіла, що син відмовляється ходити до школи, пояснюючи це страхом отруєння: вважає, що все навкруги отруєно. Коли мати все-таки примушує його піти до школи, він іде, вкриваючи носа та рота носовою хустинкою, пояснюючи це тим, що "не хоче дихати отрутою". Він не грається з дітьми, не виходить з дому, вживає тільки запаковані продукти. Зазначені симптоми з'явилися в нього після того, як він почув по радіо попередження, щоб люди не торкалися знайдених на вулиці незнайомих предметів (олівців, шоколаду, іграшок тощо), оскільки вони можуть виявитися мінами, які не розірвалися.

Мати розповіла, що син дуже уважно прислухається до інформації, яка стосується страшних подій, пов'язаних із війною. При цьому мати не приховувала, що саме ця тема – страхіття війни – є головною у сімейних розмовах і розмовах між поселенцями табору для біженців.

Під час обстеження у хлопця було виявлено надзвичайний рівень тривоги, нав'язливий страх знищення, фізичне та нервово-психічне виснаження, порушення сну, численні соматичні проблеми.

1. Визначте психологічну природу посттравматичної симптоматики, яка має місце у хлопчика.
2. Окресліть основні завдання психологічної роботи із хлопцем.
3. Які методи соціальної реабілітації ви вважаєте за доцільне використовувати під час роботи з ним? Аргументуйте відповідь.
4. Складіть план реабілітації клієнта з посттравматичним стресовим розладом унаслідок перебування у зоні бойових дій.

Проблемна ситуація № 2

Вова, 7 років. Звернулася вчителька зі скаргою на порушення поведінки дитини. Він встає під час уроку, голосно розмовляє з дітьми, б'ється, використовує нецензурні вирази в розмові з дітьми та вчителями. З історії розвитку дитини виявилось, що це четверта дитина в сім'ї, батько страждає на алкоголізм, мати працює провідником, часто буває у від'їзді, двоє старших дітей вчать у інтернаті. Вова народився доношеним, ранній розвиток проходив нормально. У дитячий садок хлопчик не ходив, оскільки жив у селі в бабусі. До школи не вмів читати, рахувати, ніколи не був у дитячому колективі.

Під час психологічного обстеження виявлено незначну недостатність довільної концентрації уваги. Механічне запам'ятовування та невербальна сторона інтелекту в межах норми. Запас знань значно нижчий за вікову норму. Поінформованість про соціальні норми поведінки відсутня. У разі труднощів у виконанні завдань вимовляє нецензурні слова, іноді рве папір.

1. Які причини соціально дезадаптованої поведінки хлопчика?
2. Із чого треба розпочати його соціальну реабілітацію?

Список рекомендованої літератури

1. Байдарова О. О. Психологічна допомога у відкритих групах в умовах кризової ситуації / О. О. Байдарова, О. Г. Складар // Міждисциплінарні проблеми соціальної роботи: психологічні, соціологічні, правові аспекти : матер. III Міжнар. наук.-практ. конф. (20–21 лютого 2015 р., Київ) ; за ред. Ю. М. Швалба. – Житомир : вид-во ЖДУ імені І. Франка, 2015. – С. 10–14.
2. Байер О. О. Життєві кризи особистості : навч. посіб. / О. О. Байер. – Д. : Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010.
3. Бріер Дж. Основи травмофокусованої психотерапії / Дж. Бріер, К. Скотт. – Л. : Свічадо, 2015.
4. Корнієнко І. Психологічна допомога дітям, що зазнали травми внаслідок катастрофи / І. Корнієнко, Г. Католик // Психолог. – 2004. – Грудень (№ 46). – С. 8–16.
5. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. / Л. Г. Царенко, Т. Вебер, М. В. Войтович та ін. – К., 2018. – Т. 2.
6. 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.
7. 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.
8. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Т. М. Титаренко / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соціал. та політ. психол. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018.
9. Тохтамиш О. Посттравматичне зростання в реабілітаційному процесі / О. Тохтамиш // Вісн. Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка. Серія. Соціальна робота. – 2018. – № 1(3). – С. 57–62.
10. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К. : ДП Вид. дім "Персонал", 2017.

Розділ 3

ЗАВДАННЯ ТА ІНСТРУМЕНТИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

3.1. Принципи, завдання, різновиди і технології соціальної реабілітації

Принципи соціальної реабілітації

Принцип добровільності. Фахівець має працювати із клієнтом тільки за його згоди. Дітей це стосується так само, як і дорослих. Процес самовдосконалення, особистісне зростання не може відбуватися примусово. Водночас у деяких закладах, наприклад реабілітаційних центрах або виправних колоніях, люди перебувають примусово. Це, однак, не означає, що принцип добровільності може бути порушений. Просто фахівець має досконаліше провести презентацію, щоб зацікавити майбутніх клієнтів роботою зі самовдосконалення і переконати в необхідності реабілітації. Працюючи в таких групах, ведучий має ставитися до позбавлених волі так само, як і до звичайних добровільних учасників. Ув'язнені мають знати, що вони мають такі самі права й обов'язки, що і члени групи, які проходять реабілітацію, перебуваючи на волі.

Принцип поінформованості. Перед тим, як прийняти рішення про участь у реабілітаційній роботі, клієнти мають отримати інформацію про цілі й задачі цієї діяльності, про те, що очікується від них, від реабілітолога, а за групової роботи – від інших членів групи. Отримавши повну інформацію, вони можуть погодитися або відмовитися від участі у реабілітаційних заняттях. Якщо йдеться про неповнолітніх, то слід зважати на те, що дитині важко зрозуміти, що таке реабілітація і чого від неї можна очікувати. Завдання фахівця – пояснити дитині всі суттєві моменти у зрозумілій їй формі та показати привабливість цих занять і користь від них.

Принцип зворотного зв'язку. Зворотний зв'язок – це своєрідне дзеркало, яке дає можливість людям зрозуміти, якими їх бачать інші. Наприклад, запрошення до спортивної команди – це висо-

ка оцінка атлетичних якостей дитини, "відмінно" з математики – оцінка ступеня засвоєння матеріалу. Зворотний зв'язок містить оцінку інформації (позитивну чи негативну) і зміст, що має поведінковий (опис поведінки) та емоційний (опис відчуттів людини, яка надає зворотний зв'язок) аспекти. Зворотний зв'язок може мати усну чи письмову форму, може бути висловлений одразу або через деякий час, відкрито, тобто особисто учаснику занять, чи опосередковано.

У реабілітаційній роботі з дітьми зворотний зв'язок використовують, щоб допомогти їм зрозуміти, як їх сприймають інші; надати інформацію, яка допоможе навчитися більш ефективним способам взаємодії; надати можливість змінити поведінку, яка є джерелом проблем у стосунках з іншими; спонукати дітей до того, щоб вони зверталися до психолога й отримували від нього допомогу і рекомендації щодо їхніх проблем.

Діти можуть засвоїти інформацію, що їй надає їм зворотний зв'язок, тільки за умов, якщо це відповідатиме їхньому рівню розвитку. Чим молодші діти, тим простішим і конкретнішим має бути зворотний зв'язок. Молодші діти егоцентричні й мислять конкретно, тому ведучий групи має звертати увагу на оцінювання їхніх вчинків іншими учасниками. Свої враження від поведінки дітей молодшого віку психолог також має досить докладно висловлювати їм. Підлітки цілком можуть зрозуміти, чому їхня поведінка не подобається іншим, отже, інформація, доведена до них належним чином і в належний час, допоможе їм зробити правильні висновки з безпосереднього вербального зворотного зв'язку. Наприклад, один підліток може сказати іншому: "Павло, ти постійно запізнюєшся на заняття, тому нам складно розбитися на пари для виконання вправ". У результаті Павло усвідомлює, що його запізнення впливають на решту учасників групи, і має взяти відповідальність за свою поведінку – або змінити її і приходити на заняття вчасно, або, незважаючи на незадоволення інших, продовжувати запізнюватися і наражатися на відторгнення групи.

Принцип дотримання меж розвивальних стосунків. Психолог є тією людиною для клієнта, яка забезпечує процес його самовдосконалення, проте, незважаючи на близький емоційний контакт, що виникає у ході реабілітаційної роботи, стосунки між

ними не є міжособистісними. Це пояснюється тим, що тільки клієнт розкриває себе як особистість. Відповідно до цього принципу виключаються будь-які ситуації спілкування психолога із клієнтом, крім консультативно-коригувальної роботи. Тому неприпустимим є проведення такої роботи вчителями, родичами або друзями батьків дитини. Якщо йдеться про дорослих, то розвивальні стосунки не мають поєднуватися з міжособистісними, а спілкування із клієнтом поза межами реабілітаційного середовища (спільне проведення дозвілля тощо) є неприпустимим. За взаємного бажання клієнта і психолога встановити міжособистісні стосунки слід порекомендувати клієнтові звернутися по реабілітаційну допомогу до іншого психолога.

Завдання роботи із соціальної реабілітації

Наведені принципи є обов'язковими для всіх різновидів соціальної реабілітації. Зрозуміло, що відповідно до контингенту клієнтів, їхнього віку й типу дезадаптованої поведінки виконання завдань соціальної реабілітації має певні особливості. Зважаючи на всі ці особливості, фахівець із соціальної реабілітації має виконати кілька завдань.

1. У ході соціальної реабілітації необхідно створити безпечне для клієнта середовище. Відчуття безпеки й захищеності є основою для самовираження і розкриття. Якщо йдеться про дитину, то, крім цього, потрібні й виховні впливи. Що стосується дорослих, то замість виховальних психолог застосовує впливи, що спонукають клієнта до самовдосконалення.

2. Розпізнати в соціально дезадаптованій поведінці тип девіації і визначити соціальні потреби, які хоче задовольнити людина цією поведінкою.

3. Сприяти формуванню позитивного "Я". Виходячи з того, що ресоціалізація людини відбувається завжди завдяки формуванню гармонійності й особистісної зрілості, починати реабілітаційну роботу треба з формування позитивного "Я", тобто самоприйняття. Соціально дезадаптована поведінка часто є "самоствердженням навпаки". Людина з негативним "Я", не поважаючи й не цінуючи себе, до інших ставиться так само. виправлення самооцінки відбувається тільки за допомогою іншої людини, самотійно це зробити неможливо. Отже, психолог передусім має спрямувати зусилля на формування адекватної самооцінки у клієнта.

4. Забезпечити усвідомлення учасником реабілітації доцільності дотримання соціальних норм. Для виконання цього завдання обов'язково потрібно встановити правила поведінки під час занять, зокрема межі дозволеного у спілкуванні, ввести санкції за порушення правил. Конкретні різновиди санкцій мають бути обов'язково попередньо погоджені з клієнтом.

5. Формувати у клієнта прагнення розвивати самоконтроль і набувати навичок виявлення негативних емоцій соціально прийнятним способом.

6. Заохочувати клієнта до позитивних зрушень в особистісному зростанні, тобто підтримувати у нього прагнення до самодосконалення.

Реабілітаційна робота покликана допомогти девіантам змінити їхнє життя. Тому важливими є не тільки зміст і форма самих занять, а й діяльність людини поза ними. Для роботи між заняттями використовують домашні завдання, призначені для того, щоб:

- закріпити навички, набуті на заняттях, і навчитися використовувати їх у реальному житті;
- навчитися контролювати свою поведінку і позитивно ставитися до роботи над собою;
- набути впевненості у власних силах (тобто зрозуміти, що можна самостійно працювати над своїми проблемами так само успішно, як і на заняттях);
- навчитися ставити перед собою власні цілі та приймати самостійні рішення;
- прогнозувати результати своїх дій та нести відповідальність за їхні наслідки.

Зміст домашнього завдання психолог і клієнт обговорюють разом. Зазвичай робота полягає у виконанні низки когнітивних, поведінкових, емоційних вправ, які пов'язані між собою і становлять єдиний комплекс. Наприклад, підліток із заниженою самооцінкою, виконуючи завдання на розвиток пізнавальних процесів, має відстежувати, наскільки часто він негативно оцінює свої можливості, і намагатися зменшити кількість таких суджень про себе. Наступний крок полягає у заміні негативних тверджень щодо себе на позитивні. Відтак можна перейти до інших завдань цього комплексу: 1) пов'язаних із емоційною

сферою (напр., двічі на день висловлювати комусь своє приязне ставлення або симпатію); 2) спрямованих на зміну поведінки (напр., регулярно виконувати свої сімейні обов'язки). Домашні завдання мають відповідати потребам клієнта і бути досить гнучкими, аби він міг їх адаптувати під свою ситуацію. Наприклад, якщо завдання вимагає кожного дня казати комусь щось хороше, то людина може сама обрати, кому саме.

На зустрічах із психологом або під час роботи групи клієнт повинен розповідати про результати своєї роботи.

У застосуванні домашнього завдання як складової реабілітаційної роботи психолог має дотримуватися певної послідовності.

Зазвичай перед початком упровадження програми соціальної реабілітації проводять підготовку. Вона складається з кількох етапів.

- Формулювання соціально-психологічної проблеми на основі запиту від клієнта, а в разі роботи з неповнолітнім – від дорослих, які несуть відповідальність за дитину, інколи – від самої дитини.
- Висування гіпотез про причини девіантної поведінки на основі зібраної попередньо інформації про клієнта.
- Визначення різновиду девіантної поведінки.
- Вибір методів і технологій реабілітаційної роботи.

Після проведеної підготовки укладається програма соціальної реабілітації. Під час реалізації програми здійснюється постійний контроль за її ходом і вносяться потрібні зміни. По закінченню програми потрібно визначити її ефективність і скласти прогноз подальшого життєвого шляху клієнта.

При укладанні програми соціальної реабілітації необхідно:

- чітко формулювати цілі реабілітаційної роботи; визначити коло завдань, які конкретизують зазначені цілі; обґрунтувати стратегію і тактику проведення реабілітаційної роботи; визначити форми роботи з клієнтом (індивідуальна, групова або змішана) та їх послідовність; розробити реабілітаційну програму і зміст реабілітаційних занять; визначити тривалість кожного заняття;
- дібрати методики й техніки реабілітаційної роботи; визначити частоту зустрічей (щоденно, раз на тиждень, два рази на тиждень, раз на два тижні тощо);

- визначити загальний час, потрібний для реалізації всієї програми; підготувати необхідні матеріали й обладнання;
- спланувати (за потреби) форми участі інших осіб у роботі (вчителів, батьків, родичів, значущих дорослих тощо);
- визначити параметри моніторингу процесу реалізації реабілітаційної програми та способи їх вимірювання; передбачити систему оцінювання ефективності реабілітаційної роботи та порядок внесення відповідно до результатів оцінювання доповнень і змін до програми; визначити конкретні показники оцінювання результату реабілітації.

Оцінювання ефективності програми соціальної реабілітації має чотири основні складові.

Оцінювання клієнтом. Найпростішим його параметром є емоційне задоволення клієнта від занять, яке виникає завдяки атмосфері комфорту та зацікавлення тим, що відбувається. Серйознішим показником є досягнення позитивних змін, передбачених на початку занять. За наявності угоди (особливо письмової) ефективність роботи визначається достатньо чітко на підставі її аналізу. Якщо конкретні показники не були передбачені, то за основу оцінювання можна взяти зміни, які суб'єктивно відчуває клієнт.

Оцінювання психологом. Основний параметр – досягнення запланованої мети. Об'єктивне оцінювання досягнень можливе, якщо до початку реабілітації були виміряні певні показники за відповідними методиками, а після реабілітації за цими самими методиками зареєстровані позитивні зміни, що відбулися.

Оцінювання третіми особами. Ідеться про членів родини, батьків, учителів та інших осіб, які були зацікавлені у реабілітаційній роботі. Оцінювання з їхнього боку полягає у ступені задоволеності змінами в поведінці або принаймні у розумінні того, як поводитися із близькою людиною далі, щоб уникнути поглиблення її соціальної дезадаптації та ексклюзії.

Оцінювання стійкості позитивних змін у подальшому житті. Основний параметр – тривалість ефекту реабілітаційної роботи впродовж одного-трьох років.

Слід зауважити, що зараз неоднозначною та заплутаною є ситуація з наповненням самого реабілітаційного процесу, яке може бути досить різноманітним. З одного боку, ми маємо велику

кількість (медичних, соціально-психологічних, консультаційних, психотерапевтичних, соціально-педагогічних, соціально-орієнтованих) реабілітаційних технологій, багато з яких довели свою ефективність. З іншого боку, ми не маємо інтеграційної базової теоретичної методології, що поєднує усі ці технології, докладно розробленої системи рекомендацій тих чи інших технологій тим чи іншим групам клієнтів. Тому вся сукупність цих методів і технологій не є якимось системним теоретико-методологічним утворенням, а скоріше, дифузною сукупністю та, як наслідок, наповнення кожної окремої реабілітаційної програми є еkleктичним феноменом, який визначається лише професійним рівнем її авторів, інтуїцією та можливостями.

У процесі соціальної реабілітації насамперед застосовують технології соціальної роботи.

Соціальне інспектування сімей – це візит до сім'ї (із попередженням чи без нього) групи уповноважених осіб із метою ознайомлення зі станом справ у сім'ї, насамперед станом утримання, розвитку й виховання дітей. Соціальне інспектування здійснюється працівниками служб у справах дітей, центрів соціальних служб, інших закладів, що надають соціальні послуги, представниками органів місцевого самоврядування, громадськості та, за необхідності, – працівниками служби дільничних інспекторів поліції або відділів ювенальної превенції.

Соціальний супровід – це вид соціальної роботи, спрямованої на здійснення соціальної опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій дітей і молоді з метою подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення їхнього соціального статусу. Ця технологія є формою підтримки та зазвичай передбачає надання конкретній особі, групі осіб, сім'ї комплексу правових, психологічних, соціально-педагогічних, соціально-економічних, соціально-медичних, інформаційних послуг упродовж певного (часто тривалого) терміну. Мета соціального супроводу – поліпшення життєвої ситуації, мінімізація негативних наслідків чи повне розв'язання проблеми клієнта. Соціальний супровід здійснюється відповідним спеціалістом – фахівцем із соціальної роботи.

Соціальний супровід включає постійний контакт соціального працівника із сім'єю з метою активізації її ресурсів і передбачає

об'єднання зусиль відповідних установ і фахівців для досягнення позитивних змін у житті сім'ї. Соціальний супровід базується на впровадженні комплексного індивідуального підходу для допомоги членам сім'ї з метою розв'язання проблем їхніх стосунків, що негативно впливають на виховання дітей, і здійснюється шляхом надання різних видів матеріальної і психологічної допомоги, соціальних послуг, консультування, захисту інтересів сім'ї в органах державної влади.

Соціальний супровід є також основою ресоціалізаційного процесу осіб з адиктивною поведінкою. На жаль, в системі реабілітації хімічно залежних в Україні значно припинюється роль соціального супроводу, така форма роботи майже не використовується у процесі постреабілітаційного супроводу. Водночас на Заході соціальний супровід є однією з основних форм роботи із хімічно залежними клієнтами, особливо з молоддю.

Постреабілітаційний супровід – це процес формування та підтримання навичок повноцінного тверезого життя і здорового функціонування особистості людини, яка перебуває у процесі відновлення, з метою збереження тверезості, особистісного розвитку й досягнення життєвих цілей.

Робота з випадком. Робота 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 формулюються конкретні завдання допомоги дитині та її сім'ї. Планування роботи з випадком – це використання соціальним працівником технології планування у процесі допомоги дітям та сім'ям. Особливості плану визначать також такі параметри, як обставини, за яких дитина потрапила до закладу, її правовий статус, вік, соціально-психологічні особливості дитини та її найближчого оточення тощо.

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 й вибрати найбільш ефективний;
- вирішити, хто, як, де і коли буде здійснювати кожну дію, установити, чи спричинили ці дії досягнення бажаних результатів (оцінювання ефективності).

Зміна соціальної ситуації розвитку дитини є не тільки умовою її соціальної реабілітації, а іноді також її системоутворювальним фактором. У визначенні поняття "соціальна ситуація розвитку" ми, виходячи з учення Л. Виготського, розглядаємо не лише умови життя дитини, а й те, як вона їх сприймає, тобто як вони впливають на її розвиток, у яких взаємовідносинах із соціумом перебуває дитина на розглядуваному етапі її життя.

Обставини життя дитини зумовлюються як макро- (економічні, культурно-історичні, національні особливості тощо), так і мікросоціумом (сім'я, школа, однолітки, значущі дорослі тощо). Вплив мікросоціуму на розвиток дитини більш очевидний і може бути змінений значно більшою мірою, ніж вплив макросоціуму.

Проблема зміни соціальної ситуації розвитку дитини, окрім багатоаспектності, має ще одне ускладнення – етичне, оскільки пов'язана із втручанням у життя родини. Отже, виникає питання про правомірність соціального втручання. В Україні діють відповідні закони та інструкції щодо соціально неблагополучних сімей. Проте констатація того, що сім'я є соціально неблагополучною, відбувається, на жаль, після досить тривалого періоду її психотравмувального впливу на особистість дитини. Для ефективного розв'язання проблем дитини потрібно визначати несприятливу соціальну ситуацію її розвитку на більш ранніх етапах. Виявлення несприятливої соціальної ситуації можливе за наявності спеціальних критеріїв. Такі критерії слід застосовувати й у ході організації соціально-психологічної реабілітації дітей

з девіантною поведінкою як індикатори позитивних змін соціальної ситуації розвитку, без яких ресоціалізація неможлива. Критерії визначення сприятливої соціальної ситуації розвитку дитини буде розглянуто у четвертому розділі.

Наступна технологія – консультування. Слово "консультування" походить від лат. *consultare*, що означає "радитися", "підкинутися". В українській мові це слово означає "порада, роз'яснення спеціаліста з будь-якого питання, бесіда з метою розширення і поглиблення знань".

Розгляд консультативної діяльності як одного з видів професійної діяльності соціального працівника потребує деталізації сутності й особливості діяльності консультанта як суб'єкта професійної взаємодії із клієнтом-об'єктом.

Консультант – це фахівець (компетентна особа), який здійснює консультативну діяльність із метою інформування, допомоги та підтримки у знаходженні шляхів розв'язання проблемних ситуацій клієнта. *Клієнт* у практиці соціального працівника – це особа, яка звернулася із проханням про допомогу до відповідної соціальної служби чи спеціаліста й користується їхніми послугами. У консультуванні клієнт виступає користувачем послуг і суб'єктом подолання власних проблем. Консультативний процес обумовлений взаємодією консультанта і клієнта, що передбачає певний зміст.

Посередництво – спеціально організована форма спілкування двох конфліктуючих сторін, що здійснюється за допомогою третьої, нейтральної сторони (посередника) з метою опосередкованого управління процесом розв'язання конфлікту згідно із правилами діалогічної взаємодії. Зміст посередницької функції полягає в організації процесу так, щоб допомогти конфліктуючим сторонам віднайти вихід зі складної ситуації та вміло зберегти нейтральну позицію.

У зарубіжній науковій літературі технологія посередництва в конфліктах відома під назвою *медіація* (посередник, відповідно, називається конфліктологом-практиком, *медіатором*).

Мотиваційне інтерв'ювання (MI)

Практика, яку активно застосовують у деяких реабілітаційних центрах, може не тільки виявитися некорисною для соціальної реабілітації, а й нашкодити пацієнтам шляхом підвищення

ризиків передозувань. У звіті Департаменту громадського здоров'я штату Массачусетс за 2016 р. було встановлено, що люди, відправлені на лікування примусово, удвічі частіше помирали від передозування, ніж ті, хто вирішив піти на лікування добровільно. Згідно з дослідженням Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності, примусове лікування від наркозалежності не впливає позитивно на вживання наркотиків чи кримінальний рецидив порівняно з іншими підходами. З вищесказаного випливає, що мотиваційна робота із хімічно uzалежненими особами є одним із провідних і вкрай необхідних компонентів соціальної реабілітації.

Автори методу йдуть за ідеєю К. Роджерса, що за емпатичного віддзеркалення тих чи інших сторін психічної реальності клієнта ця реальність починає більшою мірою репрезентуватися у його свідомості. Кажучи простіше, при віддзеркаленні тривоги посилюється тривога, при віддзеркаленні радості – радість. В. Мілер та С. Ролнік доходять логічного висновку, що при емпатичному віддзеркаленні мотивації підсилюється мотиваційний стан клієнта.

Суть роботи фахівця в техніці мотиваційного інтерв'ювання полягає у такому. Клієнт завжди перебуває у стані тієї чи іншої міри амбівалентності. Отже, неправильно казати про відсутність мотивації, правильніше казати про переважання одного полюса мотивації над іншим. Техніки конфронтації та оскарження негативного полюса мотивації призведуть скоріше до зворотного ефекту. Директивні техніки активного катексису позитивного полюса мотивації можуть зумовити тимчасове підвищення мотиваційного стану завдяки ефекту навіювання, але, оскільки ми не активували справжню аутентичну мотивацію клієнта, то цей стан не буде тривалим (що не підходить для терапії адикції, яка здебільшого є досить тривалою). В. Мілер та С. Ролнік виходять із цього глухого кута, використовуючи ідею К. Роджерса виявляти у клієнта позитивну мотивацію та віддзеркалювати її йому, що зумовлює її аутентичне підсилення.

Отже, ядром МІ є віддзеркалення самомотивуючих висловлювань клієнта за відносного ігнорування протилежних висловлювань. Мотиваційна бесіда відбувається у стилі активного слухання, з використанням технік віддзеркалення, парафразів, від-

критих запитань, з уважною та емпатичною позицією реабілітолога. Спеціаліст у процесі консультації знаходить мотивовану частину клієнта, віддзеркалює і підтримує її (на відміну від направляючого стилю, де фахівець долає опір і заперечення клієнта).

Ключові моменти МІ автори описують таким чином:

- бесіда в душі співробітництва, метою якого є зміцнення особистої мотивації людини до змінення;
- орієнтування, що включає елементи управління і супроводу;
- амбівалентність – це нормальна частина підготовки до змін і той стан, у якому людина може застрягти на деякий час; у цьому разі може допомогти техніка, коли фахівець використовує директивний стиль і наводить аргументи не на користь змін людині, яка перебуває у стані амбівалентності; це неминуче зумовлює те, що людина знаходить протилежні аргументи;
- люди охочіше переконуються в тому, що самі висловлюють.

Також виділяють чотири головні принципи МІ:

- партнерство – допомагає клієнту в його власній дослідницькій роботі та пошуку (МІ – це "танок", а не боротьба);
- прийняття – цінність (абсолютна цінність людини як людини), емпатія (розуміння і відчуття її внутрішнього світу), автономність (повага до її свободи і самостійності), афірмація (визнання і прийняття сильних сторін людини та її ресурсів);
- співпереживання – бажання блага людині;
- пробудження – пошук і активація власних ресурсів людини та її сильних сторін (мотивація не привноситься ззовні, а пробуджується вже існуюча в самої людини).

Переваги методу МІ очевидні: він створює передумови для саморозкриття клієнта в довірчому контакті, розкриває власну мотивацію, не відбувається індукції ятрогенного опору (викликаного нав'язуванням мотивації).

Кризова інтервенція – це спеціально підготована серйозна розмова, що має на меті показати алкоголіку всю небезпечність ситуації, яка склалася. У процесі цієї розмови відбувається інформування алкоголіка про наслідки його пияцтва, щоб найгостріше та виразніше зіштовхнути його з фактами. Докладніше про метод кризової інтервенції ідеться у п'ятому розділі.

Методи соціальної реабілітації досить різноманітні, що дає можливість досягти потрібного ефекту в цій дуже важливій і

необхідній діяльності. Поряд з універсальними методами інформаційно-консультативної бесіди, психологічного тренінгу, спостереження у ході соціальної реабілітації активно використовуються і такі методи соціальної терапії, як рольові ігри, танцювальна терапія тощо.

Оскільки соціальна реабілітація передбачає відновлення втрачених або не набутих у процесі соціалізації навичок виконання соціальних відносин і ролей, то об'єктивно вона пов'язана з технологіями соціальної діагностики, соціальної адаптації, соціалізації, опіки, піклування, усиновлення (удочеріння), корекції, профілактики, соціального обслуговування, соціальної експертизи.

Грехом зазначає такі групи технологій, що можуть застосовуватись у соціально-психологічній реабілітації: когнітивно-поведінкові та психокорекційні; психоедукацію та соціальне навчання; мотиваційні та орієнтовані на зміни; арттерапію та орієнтовані на творчість; орієнтовані на відносини.

Наведемо ще один перелік реабілітаційних технологій: психологічна адаптація; терапія середовищем; індивідуальне, групове, сімейне психологічне консультування; індивідуальна та групова психологічна корекція; соціально-реабілітаційна робота; психотерапія та (додатково) трудотерапія; арттерапія; аутогенне тренування; когнітивно-поведінкова терапія; гіпнотерапія; нейролінгвістичне програмування.

Приблизно такий самий досить несистемний перелік різних технологій (де часто плутаються види, напрями, методи, методики та рівні роботи) знаходимо й у інших зарубіжних та українських авторів. Автори в сукупності перелічують психодинамічний, когнітивно-біхевіоральний, гуманістичний, системний, екзистенційний, сімейний та інші напрями роботи; психодраму, гештальт-терапію, нейролінгвістичне програмування, транзакційний аналіз, холотропну терапію, логотерапію, "12 кроків", крейвінг-терапію, арттерапію тощо як методи роботи; групову, індивідуальну, сімейну і терапію середовищем як форми роботи тощо. Така ситуація, як уже зазначалося, є прямим наслідком відсутності розробленої метатеоретичної методології змісту реабілітаційного процесу, що спричиняє сумбурне, еkleктичне його наповнення. З іншого боку, така картина показує, що біль-

шість спеціалістів погоджуються, що не можна виділити якийсь один метод, техніку або методику соціальної реабілітації, які найбільш підходили би для роботи з різноманітними групами клієнтів, – навпаки, необхідна інтеграція різних методів.

Техніки і прийоми застосування реабілітаційних впливів у процесі виховання

Умовою соціальної реабілітації дітей з девіантною поведінкою є не тільки створення правильного виховного середовища, дотримання принципів спілкування з дітьми, а й володіння техніками і прийомами, що застосовують у процесі роботи з ними.

Перш ніж застосовувати ті чи інші заходи впливу у відповідь на негативні вчинки дитини, треба обов'язково вислухати її коментар щодо подій, які відбулися. У таких випадках доцільною є *техніка активного слухання*. Для цього потрібно:

- повернутися до дитини обличчям, щоб очі дорослого були на одному рівні з очима дитини, а поза беззаперечно підтверджувала готовність вислухати її;
- формулювати висловлювання і звернення до дитини у стверджувальній формі, оскільки фрази, оформлені як запитання, не відображають співчуття;
- після кожного висловлювання (обох учасників спілкування) витримувати паузу, дати дитині змогу повніше розібратися у власних переживаннях і усвідомити готовність дорослого її вислухати та зрозуміти;
- корисно повторювати сказане дитиною і позначати словами її переживання, усвідомлені дорослим, щоб показати їй, що дорослий сприймає її переживання саме такими, якими вони є насправді.

Техніка "Я"-повідомлення. Потрібно ділитися з дитиною власними почуттями, як позитивними, так і негативними. Важливо не приховувати негативні почуття щодо поганої поведінки дитини. При цьому говорити від першої особи, повідомляючи про себе і власні почуття ("Я"-повідомлення). Техніка "Я"-повідомлень, хоч і здається лише грою слів, насправді зовсім інакше розставляє акценти у спілкуванні. Психологічна відмінність між висловлюванням "Ти повинен це зробити" і "Я хотів(ла) би, щоб ти це зробив, якщо бажаєш" величезна. У пер-

шому варіанті дитина відчуває, що їй щось нав'язують, що вона підвладна дорослому, а це автоматично викликає опір, навіть незалежно від змісту висловлювань. У другому варіанті дитина почувається суб'єктом своєї життєдіяльності, оскільки в неї з'являється вибір: робити чи ні. "Я"-повідомлення не лише вводять дитину у поле взаємодії з дорослим, тут ідеться про проблемну ситуацію, яку треба розв'язати разом з дитиною, а не про дитину та її негативну поведінку. Наприклад, якщо мати тихо і спокійно каже "я втомилася і хочу відпочити" замість "не галасуй тут!", це має зовсім інший психологічний зміст. Сказане із тривогою "Коли ти гуляєш на дворі до темряви, я дуже хвилююся" значно відрізняється від наказового "Щоб був дома о восьмій годині рівно!".

Техніка оцінювання вчинку, а не особистості. Можна виражати невдоволення окремими діями дитини, але у жодному разі не можна поширювати негативну оцінку на дитину загалом. Це дає змогу коригувати поведінку без травмування "Я"-концепції дитини. Можна рішуче критикувати вчинок, але не можна негативно оцінювати особистість. Наприклад, фраза "Ти така акуратна, чепурна дівчинка, що ж сьогодні ти у брудній сорочці?" не травмує самооцінку, а навпаки, спонукає дитину виправити негаразди, щоб відповісти позитивному образу "Я". Якщо ж ту саму інформацію подати іншим чином: "бруднуля, нечепура!", то це негативно впливає на самооцінку і викликає у дитини бажання захиститися від осуду дорослого (частіше у формі агресії), а не змінити свою поведінку на краще. Невдоволеність діями дитини не має бути систематичною, інакше це створює у неї враження, що її не сприймають, не люблять. Завжди треба дотримуватись балансу негативних і позитивних оцінок, тобто намагатися знайти у поведінці дитини хоча б щось хороше. Навіть вороже налаштовану та вкрай агресивну дитину можна похвалити за те, що сьогодні вона побилася із хлопцями лише три рази, тоді як учора – п'ять.

Реабілітаційні впливи краще застосовувати не у вигляді наказу або авторитарної беззаперечної команди, а в безособовій манері та дружнім пояснювальним тоном. Наприклад: "Пропоную тобі зробити так, оскільки...".

Техніки регулювання конфліктів. У конфліктній ситуації, тобто коли дитина чинить опір, батькам важливо пам'ятати, що саме

вони мають регулювати перебіг конфлікту, спрямовувати ситуацію до позитивного рішення. Для розв'язання конфліктів з дитиною батькам потрібно:

- опанувати власні емоції і вислухати дитину, застосовуючи техніку активного слухання, тобто перетворити конфлікт на обговорення того, що дитина хоче, чого не хоче, що для неї важливо, а що ні;
- висловити дитині власні бажання або погляд на ситуацію, використовуючи техніку "Я"-повідомлення;
- підсумувати всі пропозиції та побажання (свої, дитини, а за необхідності – інших членів сім'ї), поважаючи будь-яку думку дитини; заохочувати висловлення пропозицій загальними запитаннями на кшталт "що нам робити?", "як нам бути?";
- запропонувати власні варіанти розв'язання конфліктної ситуації;
- шляхом спільного оцінювання обрати той варіант дій, що найбільш відповідає інтересам обох сторін, а якщо питання стосується сім'ї загалом – то всіх її членів.

Техніка передавання відповідальності. Формування самостійності шляхом передавання дитині відповідальності за її вчинки є основою техніки коригування негативних виявів у підлітків, що розроблена Д. і К. Байярдами.

Умовою реабілітації девіантної поведінки є створення ситуацій, що розвивають у дитини самостійність, відповідальність і віру у власні сили. Для цього потрібно не втручатися у справу, якою займається дитина, якщо вона не просить допомоги. Коли ж дитині важко і вона звертається по допомогу, у жодному разі не виконувати справу замість неї, лише допомогти їй. Допомогу можна надати у формі спільної діяльності ("давай разом..."); узяти на себе лише те, що дитина справді не може виконати без сторонньої допомоги, а все інше залишити їй для самостійного виконання; у міру опанування дитиною нових дій заохочувати її здійснювати їх самостійно.

Баланс між зусиллями, спрямованими на оптимізацію соціальної ситуації розвитку, і безпосереднім реабілітаційним впливом становить досить складну проблему. По-перше, визначення питомої ваги тієї чи іншої складової системного підходу зале-

жить від типу девіантної поведінки; по-друге, істотне значення має вік особи з девіантною поведінкою; по-третє, ступінь можливості впливу на соціальну ситуацію розвитку має величезний діапазон – від досить значного (напр., за порушення правових норм девіанта доправляють у місця позбавлення волі) до вкрай незначного (підліток не відвідує школу).

3.2. Групова робота як метод соціальної реабілітації

Треба відрізнити звичайну групову роботу, коли учасників об'єднує спільна діяльність або прийняття спільного рішення, від психологічних груп узагалі та психокорекційних зокрема. Оргкомітети, робочі наради, дискусійні клуби, група дітей або підлітків, які організовують якийсь масовий захід, працюють над спільним проєктом тощо, не є психологічними групами, оскільки їхня мета – виконання конкретного завдання, а не вплив на особистість.

У соціальній складовій реабілітаційного процесу психологами визнано роль груп 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.

Участь у роботі груп взаємопідтримки – один зі способів пережити гострий етап, зберегти соціальні зв'язки і навіть зробити їх міцнішими, ставши на позицію того, хто допомагає іншому справитися із гострими переживаннями, тим самим допомагаючи собі. Групи взаємопідтримки є дієвим методом подолання основних діалектичних суперечностей психологічної травми – конфлікту між бажанням викинути зі свідомості жахливу подію і прагненням розповісти про неї вголос, а також між прагненням уникати близьких стосунків і сильним бажанням їх мати. Також, на наш погляд, цінними є розвинене в межах травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії уявлення про роботу травмувальної і автобіографічної пам'яті та ідея опрацювання травмувального досвіду у вікні толерантності через наратив, 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, заважають її нормальному життю (якщо подія вже завершилась) або мінімально прийнятному рівню функціонування (якщо екстремальна подія триває).

Загальна мета груп взаємопідтримки – допомога кожного учасника групи самому собі завдяки перебуванню у колі людей з аналогічними проблемами й обставинами життя, обміну думками чи новою корисною інформацією, емоційній взаємопідтримці, формуванню і аналізу нових поведінкових навичок і вмій тощо. Функціонування груп взаємодопомоги осіб, які пережили психотравматичні події, має певні особливості. Зазначена форма психосоціальної допомоги представлена у дослідженні О. О. Байдарової. Дослідження проводили у рамках ініціативи невеликої групи соціальних працівників – проєкту "Група взаємодопомоги" для волонтерів, учасників Майдану й тих, хто йому співчував. Тут, не заперечуючи принципу індивідуальності проблемної ситуації клієнта, надавали можливість працювати зі спільним для величезної кількості людей контекстом – загальносуспільною кризою.

У період із 20.02.14 по 15.04.14 р. на Майдані Незалежності та поза ним дослідники проводили регулярні відкриті групи (загалом 22 зустрічі). Після завершення кожної з них ведучі груп окремо виконували 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 взаємопідтримки обумовлюється як змінами об'єктивних умов соціальної ситуації, так і її психологічної репрезентації та відповідає трьом часовим інтервалам колективної травми.

Інший тип груп – групи взаємодопомоги. Найбільш відомі з них групи АА – анонімних алкоголіків та АН – анонімних наркоманів, мета яких полягає в тому, щоб допомогти один одному позбавитись uzалежнення від хімічних речовин. Групи Ал-Анон об'єднують дружин, матерів або інших близьких, які живуть з

адиктами. Групи Алатін організовують для дітей, батьки яких (принаймні один з батьків) зловживають психотропними речовинами. Є також групи дорослих людей, батьки яких були уза-лежненими від хімічних речовин. Усі ці групи є прикладом самоорганізації, тобто туди входять лише особи, які мають зазначені проблеми, а фахівця-організатора в них не передбачено.

Важливою формою групової роботи є *батьківські групи*. Вони призначені для налагодження контактів у сім'ї між батьками та дітьми, напрацювання навичок асертивної поведінки, правильного спілкування з дітьми, засвоєння конструктивних засобів розв'язання конфліктів тощо.

Робота груп може проводитися в таких формах.

1. Обговорення окремих проблем має на меті поліпшення батьківсько-дитячих стосунків на основі розв'язання загальних для членів групи конфліктних ситуацій і концентрації на моделях пристосування до реальних конфліктів без докладного аналізу психологічних причин, що є їхньою основою.

2. Спеціальне навчання батьків, що має на меті підвищення їхньої сенситивності до почуттів і переживань дітей на основі розуміння прихованого значення їхньої поведінки.

Техніки проведення батьківських груп значно варіюються, проте існують загальні принципи організації їхньої роботи:

- 1) предмет дискусії – діти та способи взаємодії з ними батьків;
- 2) усі члени групи мають право на вільну участь у дискусії, позбавленій формалізму і рутинності;
- 3) ведучий не є абсолютним авторитетом, єдиним джерелом інформації і суджень, які не мають бути обов'язково прийняті всіма членами групи.

Робота батьківських груп не фіксується жорстко на дитині, а вільно переміщається із проблем дитини й дитячо-батьківських стосунків на проблеми батьків, їхніх подружніх стосунків, реалізуючи тим самим терапевтичний підхід до сім'ї загалом. Соціальний педагог утримується від авторитарних і оціночних суджень, а лише повідомляє інформацію про особливості взаємодії батьків і дитини й розкриває зону альтернативних розв'язань проблем. Право вибору конкретного рішення, як завжди, повністю зберігається за батьками.

Основна роль фахівця, який веде батьківські групи, полягає в тому, щоб, подібно дзеркалу, відбирати, відбивати й повторювати вслід за членами групи все те, що потрібне для постановки проблеми, розвитку дискусії та її розв'язання. Така організація адекватного орієнтування батьків у ході розв'язання проблемних ситуацій сприяє зростанню батьківської компетенції. Умовою формування батьківської компетентності є усвідомлення батьками необхідного розуміння комунікативних актів дітей і способів емпатійного спілкування.

Інший різновид групової роботи – *сімейна групова нарада*. Метод сімейної групової наради застосовується для пошуку ресурсів у розширеній сім'ї для розв'язання актуальних питань. Такими питаннями можуть бути: підтримка членів сім'ї в екстремальній ситуації; раптова зміна сімейних обставин – вимушена зміна місця проживання (переселенці) тощо. Важливо, що в цьому разі всі рішення приймаються людьми, яких вони безпосередньо стосуються, і спрямовані на поліпшення саме їхнього життя. Коли проблема розв'язується тими, кого вона стосується, тоді можливість досягнення успіху істотно збільшується.

Метод передбачає участь модератора (зазвичай цю роль виконує психолог або соціальний працівник), усіх членів розширеної сім'ї, спеціалістів. Сімейні групові наради передбачають етап підготовки (домовленість про дату проведення) і три робочі етапи.

На першому етапі модератор повідомляє тему наради та надає слово спеціалістам, які виступають як експерти. Після висловлення експертних суджень він залишає збори. Модератор указує на загрози, на які може наражати ситуація, і зазначає найгірший варіант розвитку подій, якщо родина не віднайде конструктивного рішення. Важливо в центрі уваги ставити не сім'ю, а тим паче когось із її членів, а саме ситуацію – це зменшуватиме емоційну напругу зборів та сприятиме пошуку конструктивного рішення.

Представлені вище різновиди групової роботи слід відрізняти від *тренінгових груп*. Мета тренінгових груп – не тільки взаємопідтримка чи взаємодопомога, а вплив на особистість. Більше того, ступінь впливу на особистість є різним відповідно до типу тренінгової групи. Основні порівняльні характеристики різних видів груп наведені в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

**Характеристики групової роботи
відповідно до ступеня впливу на особистість**

Основні характеристики групової роботи	Типи груп			
	Тематичний тренінг	Тренінг розвитку	Соціально-психологічний тренінг	Психотерапевтичні групи
Кінцева мета групової роботи	Засвоєння знань і переконань	Розвиток психічних функцій та набуття соціальних навичок	Розв'язання психологічних проблем через організацію взаємодії учасників	Глибинні особистісні зміни та/або усунення хворобливої симптоматики
Засоби досягнення мети	Надання інформації	Процес пізнання і тренування	Процес взаємодії учасників один з одним	Емоційне занурення
Склад учасників	Усі бажаючі. Кількість осіб не перевищує 20–25	Усі, хто бажає розвинути пізнавальну сферу та засвоїти нові соціальні навички. Кількість осіб становить 10–15	Мала група, сформована на основі відбору в ході психологічного консультування. Кількість осіб становить 8 + 2	Мала група, сформована на основі ретельного відбору відповідно до нозології. Кількість осіб становить 6 + 2
Загальний час роботи	Такий, що потрібний для розв'язання поставленого завдання	Такий, що потрібний для розв'язання поставленого завдання	40–90 год	Не-обмежений
Тривалість одного заняття	Зазвичай 3 год (з перервами на 15–20 хв) відповідно до віку учасників	Зазвичай 3 год (з перервами на 15–20 хв) відповідно до віку учасників	Не менш ніж 3 год (з перервою на 15–20 хв)	Не менш ніж 3 год (з перервою на 15–20 хв)

Закінчення табл. 3.1

Основні характеристики групової роботи	Типи груп			
	Тематичний тренінг	Тренінг розвитку	Соціально-психологічний тренінг	Психотерапевтичні групи
Ведучі груп	Педагоги, соціальні працівники, психологи, соціальні педагоги, волонтери	Соціальні працівники, психологи, соціальні педагоги	Психологи, які пройшли спеціальну підготовку	Психотерапевти, які мають спеціальну підготовку і досвід групової роботи
Анонімність учасників	Необов'язкова	Необов'язкова	Обов'язкова	Обов'язкова

Першим (найменш глибоким) рівнем за ступенем впливу на особистість є *групи тематичного тренінгу*. Такі групи зазвичай формуються в закладах системи освіти або в молодіжних і дитячих центрах і розв'язують проблеми, характерні для цих категорій дітей і молоді. Найчастіше метою роботи таких груп є профілактика можливих психологічних проблем і відхилень. Членам групи надається інформація з конкретних проблем і допомога у прийнятті ефективних рішень і засвоєнні адекватного стилю поведінки. Фактично це різновид інтерактивного навчання з елементами тренінгу. Ведучий має звертати увагу на створення у групі атмосфери згуртованості та довіри, що є умовою формування соціальних навичок і особистісного зростання її учасників. Існують, наприклад, такі групи: тренінгу із формування відповідальної статевої поведінки для старшокласників; молодших школярів, призначені для розвитку моральної сфери; підлітків, які розв'язують проблеми професійної орієнтації; профілактики адиктивної поведінки тощо. Зазвичай групи тематичного тренінгу охоплюють досить велику кількість учасників (15–25 осіб).

Для дітей із порушеннями функціонування пізнавальної сфери, зниженою розумовою працездатністю, мінімальними мозковими дисфункціями, затримками психічного розвитку організовують *тренінг розвитку*. Заняття можуть проводитися індивідуально або в невеликих групах (шість осіб). Основну вікову

групу становлять діти від 6 до 10 років. Тривалість заняття – 25–45 хв. Мета діяльності груп психотренінгу – розвиток пізнавальної сфери, тренування пізнавальних процесів. На заняттях використовують спеціальні вправи на розвиток пам'яті, уваги, мислення тощо. Елементи змагання, гри під час спільної діяльності дітей надають заняттям привабливості, цікавості. Зазвичай групи для занять організовують у школі, що дає можливість включати окремі вправи у звичайний урок і застосовувати їх у роботі вдома з батьками. Як роздаткові матеріали використовують альбоми типу "Розвивайте розум дітей".

Соціально-психологічний тренінг – це практика психологічного впливу, заснована на активних методах групової роботи. Тренінг, що передбачає більш глибокий вплив на особистість, спрямований на оволодіння членами групи певними соціально-психологічними знаннями, розвиток комунікативних здібностей, рефлексивних навичок, здатності аналізувати ситуацію, поведінку, стани як інших членів групи, так і власні, уміння адекватно сприймати себе і оточуючих. Водночас напрацьовуються і коригуються норми особистої поведінки й міжособистісної взаємодії, а також розвиваються здатності гнучко реагувати на ситуацію, швидко перебудовуватися в різних умовах і різних групах. Загальна мета соціально-психологічного тренінгу – підвищити рівень компетентності у сфері спілкування завдяки спеціально організованим міжособистісним стосункам усередині групи. Усі проблеми розв'язуються у процесі взаємодії, спільних переживань і спільного обговорення того, що відбувається в групі "тут і зараз". У таких групах порушують звичайні за змістом, проте складні для учасників життєві питання, розв'язання яких потребує специфічних навичок і досвіду (напр. проблеми розлучення батьків, стосунки з дорослими та однолітками, навички спілкування, нормалізацію самооцінки, ситуації нетрагічних втрат). Зазвичай такі групи створюють у соціальних службах для молоді, позашкільних закладах, психологічних центрах.

Тематичний тренінг і тренінг розвитку можна більш чітко розмежувати із соціально-психологічним тренінгом та груповою психотерапією за допомогою понять "зміст" і "процес". Поняття "зміст" розкриває сутність актуальних для групи проблем, які

учасники обговорюють під час роботи. Зміст важливий як основа, як первинний матеріал, що його використовують у груповій роботі для переосмислення і конструктивної зміни індивідуальних психологічних настанов і поведінки. Змістом можуть бути інформація, спосіб поведінки, практичні навички тощо. Проте робота в групах, орієнтованих на зміст, відбувається скоріше за принципом "там і тоді", ніж "тут і зараз".

Поняття "процес" належить до сфери міжособистісних стосунків учасників групи. Важливим є не те, що обговорюється, а те, що відбувається між учасниками і яке значення це має в контексті загального розвитку групи. Ведучий просить членів групи звертати увагу передусім на особливості їхнього спілкування одне з одним і на власні відчуття. Іншими словами, процес – це все те, що стосується думок, почуттів і поведінки учасників безпосередньо на занятті. Така зосередженість на процесі, на ситуації "тут і зараз" допомагає учасникам навчатися більш відкрито висловлювати власні почуття і відгукуватися на відчуття інших, глибше розуміти себе і співрозмовників, приймати й підтримувати одне одного.

Групи тематичного тренінгу та тренінг розвитку орієнтовані на зміст, соціально-психологічні тренінгові та психотерапевтичні групи – на процес.

Для фахівця, який веде тренінги (тобто ведучого), важливо вміти керувати одночасно і змістом, і процесом та завжди бути готовим до переходу від змістової частини обговорення до роботи безпосередньо зі стосунками в групі.

Психотерапевтична група виступає як модель реального життя, де клієнт встановлює такі самі стосунки, виявляє такі самі настанови, цінності, способи емоційного реагування та поведінкові реакції. Атмосфера доброзичливості та взаємного прийняття, за якої кожний учасник має можливість виявити себе, а також ефективна система зворотного зв'язку допомагають клієнтам більш адекватно і глибоко зрозуміти себе, побачити власні неадекватні ставлення і настанови, емоційні поведінкові стереотипи, які виявляються в міжособистісній взаємодії, та змінити їх.

Відповідно до завдань соціальної реабілітації фахівець обирає для клієнта певний тип групових занять. Слід зазначити, що

соціальна реабілітація може бути реалізована у будь-якому із різновидів групової роботи, про які йшлося вище. Проте за наявності глибинних проблем, що призвели до соціальної дезадаптації та ексклюзії клієнта, доцільно включити його до спеціально створеної групи соціальної реабілітації.

Група соціальної реабілітації – це мала група із трьох-восьми осіб, яких об'єднує мета – усунути девіації у своїй поведінці, використовуючи методи емоційно насиченого міжособистісного спілкування, саморозкриття, особистісного зростання. У ході групової роботи учасники усвідомлюють свої помилки в міжособистісній взаємодії, вчать нових форм взаємодії, а згодом відчують позитивні зміни, які з ними відбуваються в цей момент і в цьому місці.

Завдання групової соціальної реабілітації полягає в тому, щоб клієнт розкрив, проаналізував, усвідомив і опрацював свої проблеми, скоригував неадекватні ставлення до себе та оточуючих, хибні настанови, емоційні та поведінкові стереотипи. Для реалізації цих завдань клієнту потрібно:

- здобути знання про особистість людини, процес взаємодії людей, рушійні сили цієї взаємодії, оволодіти прийомами ефективного спілкування завдяки коментарям ведучого;
- набути вмінь і навичок спілкування – у парній взаємодії, у ході вправ у складі всієї групи, при активному слуханні тощо;
- скоригувати комунікативні настанови, зокрема: партнерство – замість взаємодії з позиції сили; щирість – замість маніпуляції; прихильність – замість уникання спілкування; асертивність – замість підкорення тощо;
- сформувати адекватне сприйняття себе та інших у ситуації спілкування;
- забезпечити особистісне зростання (нейтралізація негативних особистісних новоутворень, розв'язання екзистенційних проблем тощо).

Для виконання цих завдань ведучий групи соціальної реабілітації має:

- створити в групі умови для розкриття клієнтами своїх проблем і виявлення емоцій в атмосфері взаємного прийняття, безпеки, підтримки та захисту;

- підтримувати в групі встановлені спільно з учасниками правила та норми, гнучко використовувати директивні й недирективні техніки впливу;
- заохочувати членів групи до відкритого виявлення почуттів, стереотипів поведінки, висловлювання ціннісних настанов, своїх особистісних ставлень для їх обговорення та аналізу.

Розглянемо організаційні питання групової роботи як методу соціальної реабілітації. Відбір учасників має низку особливостей.

Кількість членів групи залежить від мети й завдань тренінгу і має бути такою, щоб була можливість забезпечити всіх учасників оптимальною кількістю міжперсональних взаємодій (інтеракцій). Якщо група мала (три-чотири особи), то ефективність інтеракцій різко знижується. Зі збільшенням кількості учасників до 10 і вище кількість можливих інтеракцій підвищується, але вони не можуть реалізовуватися в повному обсязі. У великих групах можуть виникати окремі підгрупи із власними інтересами та зворотним зв'язком; такими групами складно керувати, а реабілітаційний ефект зменшується. До того ж у великих групах зростає кількість людей, які упродовж зустрічі залишаються без уваги. Якщо більш активні та агресивні члени групи їх мимовільно пригнічують, то вони можуть свідомо залишатися в тіні.

Групи можна комплектувати як однорідні й неоднорідні.

Під однорідністю розуміють схожість життєвих ситуацій, однаковий рівень освіти, соціально-економічний статус, культурний рівень тощо. В однорідних групах легше розв'язувати конкретні проблеми, знаходити спільну мову і разом шукати засоби для кращого засвоєння знань і набуття потрібних навичок.

Переваги однорідних груп:

- швидше досягається групова згуртованість, а отже, члени груп швидше і легше починають підтримувати одне одного і відвідують заняття регулярніше;
- учасники розповідають одне одному про свої проблеми, які виявляються схожими; це допомагає їм зрозуміти, що їхні проблеми не є унікальними, тому в членів групи швидше виникає відчуття спільності.

Недоліки однорідних груп:

- схожість проблем і стереотипів реагування на них заважає учасникам побачити різноманітність форм поведінки й набутти нових навичок;
- однорідність перешкоджає виникненню конструктивних суперечностей між учасниками, через що знижується можливість розуміння індивідуальних та інших відмінностей між людьми.

Неоднорідні групи складаються з учасників, соціальний статус, культурний рівень, настанови й навички спілкування яких істотно різняться.

Переваги неоднорідних груп:

- учасники мають можливість ознайомитися з найрізноманітнішими поглядами на проблеми, що обговорюються, і побачити різні форми поведінки в одних і тих самих ситуаціях;
- учасники можуть отримати важливий для них зворотний зв'язок від людей, не схожих на них;
- є більше можливостей для корекції неадекватного сприйняття себе і оточуючих.

Недоліки неоднорідних груп:

- згуртованість групи досягається більшими зусиллями, отже, для отримання відчутних результатів зазвичай потрібно більше часу;
- на початку роботи можливі конфлікти, оскільки учасникам важко в короткий термін налагодити взаємодію.

У групах соціальної реабілітації доцільніше поєднувати однорідність із неоднорідністю. Для цього слід добирати учасників, які схожі за одними якостями та відмінні за іншими. Наприклад, у роботі з агресивними підлітками можна об'єднати в одній групі тих, хто не усвідомлює своєї агресивності, і тих, хто вже усвідомив свою поведінку як проблемну і бажає її виправити. У такій групі легше змінити настанову "всі проти мене" і переконати в наявності безлічі прийнятних для оточуючих способів виражати свій гнів.

Під час відбору кандидатів слід дотримуватися балансу ролей: оскільки ефективність групової роботи залежить від взаємодії учасників та їхнього взаємного впливу, то кожен може

бути певним прикладом для інших і водночас мати можливість вчитися в інших членів групи.

Не треба включати в одну групу родичів або близьких друзів, а також осіб, які перебувають у службовій залежності або відчують стійку неприязнь одне до одного.

У роботі з дітьми слід зважати на їхню особливу вразливість. Їм важко абстрагуватися від можливих негативних аспектів групової роботи (жорстокість інших дітей, важкі спогади про сімейні трагедії, страх можливого розголошення відомостей, що мають характер особистих, поза групою). В емоційному плані діти мало готові до роботи із власними переживаннями, особливо якщо це сильні й раптові почуття. Багато дітей не вміють дати ради своїм сильним емоціям, не знають, що роботи зі спрямованою на них агресією, як перебудовувати свою поведінку.

Не слід залучати до групової роботи осіб, які мають протипоказання до групової терапії або відчують свою непридатність до роботи в групі. Навіть коли клієнт у крайню потребує терапевтичної допомоги, групова робота може бути йому протипоказана, якщо його проблеми серйозні й вимагають рівня уваги, який неможливо забезпечити в групі. Присутність такого клієнта може загальмувати розвиток групи загалом (зусиль ведучого просто не вистачить на решту учасників) і погіршити його власний стан. Слід намагатися заздалегідь прогнозувати, чи зможе клієнт працювати в групі, оскільки виключення з групи у процесі роботи може травмувати не тільки його, а й решту учасників.

Ведучий одноосібно відповідає за відбір учасників, і це покладає на нього величезну відповідальність. Навіть у випадках, коли йдеться про клінічну роботу і включення до групи обговорюється консилиумом лікарів, право остаточного рішення має належати ведучому.

Процедуру відбору організовують кількома способами.

Індивідуальні співбесіди. Клієнт отримує можливість розповісти про свої проблеми, а ведучий – зрозуміти, наскільки він підходить для групової роботи. Слід надати попередню інформацію про мету співбесіди у такій послідовності: встановити довірчі стосунки, повідомити, що за результатами співбесіди він може бути включений у групу, пояснити, що групові занят-

тя можуть підходити не для всіх. Якщо йдеться про дитину, то слід повідомити, що для цієї роботи потрібна згода батьків. Чим молодша дитина і чим серйозніші її проблеми, тим важливіше значення індивідуальної співбесіди. У присутності сторонніх діти зазвичай поведуться скуто і психологу важко отримати об'єктивну інформацію про стан дитини.

Розповідь про заняття на зборах потенційних учасників, а тому розмова з кожним із них окремо. Якщо індивідуальна співбесіда з певних обставин неможлива, то варто організувати групову співбесіду з невеликою кількістю учасників.

Обговорення складу групи з медичним персоналом, якщо організується психотерапевтична група, зокрема у клініках.

Опитування кандидатів. Потенційний учасник отримує у письмовому вигляді інформацію про групу, письмово відповідає на низку запитань.

Також використовується *попереднє тестування*. Якщо групу сформовано за результатами співбесіди, то тестування проводять на першому занятті.

У відборі клієнтів до групи потрібно уникати ситуацій, коли крім стосунків "психолог – клієнт" існують інші стосунки між ведучим і членами групи (напр., ведучий може бути вчителем, знайомим або родичем). Це може позначитися на рівноправності стосунків у групі, об'єктивності психолога і завадити клієнту працювати, як усі інші.

Важливою умовою створення належної атмосфери в групі є неупередженість. Ведучий, усвідомлюючи свої можливі симпатії та антипатії до окремих учасників, має працювати так, щоб це не заважало однаковою мірою брати до уваги потреби всіх членів групи. Абсолютно неприпустимо демонструвати свої уподобання. Ведучий має надавати рівні можливості для самовираження всім присутнім і розподіляти свій час і увагу так, щоб замкнені та сором'язливі не лишилися поза увагою через відкритість і активність інших.

Тривалість роботи групи соціальної реабілітації встановлюється відповідно до мети реабілітації. Робота групи може бути короткочасною (1–6 місяців) або тривалою (кілька років). Оптимальним вважається 3–4 заняття на тиждень, кожне тривалістю

25–90 хв (залежно від віку учасників), але занять може бути менше (1–2 рази на тиждень).

Техніки та прийоми групової роботи

Техніки для розвитку особистості та напрацювання соціальних навичок. *Техніка приєднання.* Приєднання – один із основних прийомів у роботі з групою, який дає можливість досягти групової згуртованості. Люди схильні думати, що вони – єдині у світі, на долю кого випали такі сильні переживання, що їхня ситуація унікальна, ніхто не може їх зрозуміти; їм важко повірити, що їхні переживання дуже схожі з переживаннями інших людей, тому вони почуваються найнещасливішими. Усвідомлення того, що інші люди також мають схожі проблеми, переживання і тривоги, знімає непомірний тягар і вселяє надію.

Приєднання – це спосіб навчити членів групи співчувати, тобто свідомо встановлювати емоційні зв'язки з іншими людьми в ті моменти, коли вони виявляють схожі переживання. Такі людські взаємозв'язки дають змогу допомагати одне одному у прагненні змінити свою поведінку і розібратися з особистісними проблемами.

Приєднання створює відчуття спільності, яке є основним цілющим фактором групової роботи; змінює початкові односторонні стосунки між учасником і ведучим на багатосторонні стосунки з іншими членами групи; надає можливість перейти від обговорення нейтральних питань до роботи з більш актуальними проблемами; виробляє корисні навички спілкування.

Для реалізації можливостей техніки приєднання спершу використовують твердження і запитання, які допомагають учасникам поділитися досвідом і висловити співчуття.

Техніка навчання регулювання своїх емоцій і почуттів. Психологічна реабілітація розвитку особистісної сфери дітей передбачає вправи на підвищення здатності до самоаналізу та рефлексії. Починати треба із вправ, що тренують навички диференціації дій, думок і почуттів.

Суспільними нормами визнається, що вияв позитивних почуттів є прийнятним (навіть якщо йдеться про ділові стосунки), а негативних емоцій (гнів, депресія, страх, ревності, тривож-

ність тощо) – неприпустимим (навіть у близьких, міжособистісних стосунках). Проте приховування почуттів, особливо негативних, часто призводить до психічних і фізичних порушень. Водночас нерозбірливе виплескування своїх почуттів на інших людей непродуктивне, і це врешті-решт створює більше проблем, ніж ті, які були причиною цих почуттів. Тому треба навчитись керувати своїми емоціями. Для цього треба вміти точно розпізнавати свої почуття, з'ясувати причини виникнення негативних почуттів, розрізнити почуття, які допомагають людині, а які перешкоджають її соціальній адаптації, розуміти, як використовувати негативні почуття для пошуку позитивних виходів.

Застосовують вправи, які допомагають учасникам:

- ідентифікувати свої почуття; визначити, як людина усвідомлює свої почуття, які є різновиди почуттів і як часто людина відчуває певні почуття;
- зрозуміти, що коли негативні почуття заважають адекватно сприймати ситуацію, це шкідливо, але їх можна сприйняти як сигнал про негаразди і почати діяти правильно; отже, людина сама визначає, як використовувати свої почуття;
- усвідомити механізм виникнення негативних почуттів: емоційні почуття, на відміну від фізичних відчуттів, що зумовлені лише безпосереднім подразником, зумовлені не тільки подразником, а й нашими настановами;
- усвідомити, що людина сама створює у себе негативні почуття, а отже, сама може і припинити їх; не слід перекладати відповідальність за свої негативні почуття на інших.

Заняття зазвичай розпочинають із визначення (ідентифікації) емоцій.

Особи з девіантною поведінкою переважно емоційно неграмотні, не володіють навіть потрібним набором слів, якими могли б визначити зміст і ступінь вияву емоції, яку відчувають. Коли запитати їх, що вони відчувають, то зазвичай у відповідь можна почути те, про що вони думають. Якщо дитина не відрізняє думок від почуттів, то вона не зможе виокремити почуття і описати їх. Якщо дитина не усвідомлює, що думки передують її діям і впливають на них, то вона не зможе змінити свої дезадаптивні стереотипи поведінки. Для того щоб навчити девіантів

ідентифікувати свої почуття, думки та дії, застосовують спеціальні вправи (див. додатки).

Наступний крок – навчити девіантів конструктивно виявляти негативні почуття. Спершу треба, щоб учасники зрозуміли, чому вони відчувають, наприклад, злість. Потім навчити спрямовувати свою злість конструктивно. Уміння полягає в тому, щоб говорити з людьми, не принижуючи їх і не тиснучи на них, але так, щоб вони зважали на те, чого ви хочете.

Важливо, щоб соціально дезадаптовані особи усвідомили, що порушення соціальних норм і правил завжди призводить до поганих наслідків, а отже, і до негативних почуттів. Коригування поведінки девіантів буде успішним, якщо вони засвоять, що немає сенсу злитися на правила. Завжди існує вибір, дотримуватися правил чи ні, але потім людина має відчувати наслідки свого вибору.

Співпереживання – це здатність розпізнавати, що відбувається з іншою людиною, і висловлювати їй своє розуміння. Важливо усвідомлювати, що одного розуміння недостатньо. Потрібно ще вміти донести своє розуміння та співчуття до іншої людини. Це називають *відгук*. Відгук, у свою чергу, включає почуття і зміст. Зміст – це відображення реальних обставин ("що відбулося?"), почуття – емоційна реакція на ситуацію.

Соціально дезадаптованих осіб слід навчати прийомів співпереживання. Використовуючи їх, вони починають ділитися своїм досвідом, висловлювати власний погляд на проблему, надихати й підтримувати одне одного у процесі засвоєння нових форм поведінки, розуміти складні проблеми інших і співпереживати їм, тобто допомагати одне одному під час групової роботи; вчать розуміти, як важливо вміти чути інших і як добре бути почутими іншими; в атмосфері співпереживання приймають одне одного такими, якими вони є, і це сприяє саморозкриттю; набувають упевненості в тому, що їхню проблему можна розв'язати, адже група разом з ними працює над нею.

Техніки і прийоми, спрямовані на формування відповідальності. Бути відповідальним означає тримати відповідь за щось або визнати, що саме ти був причиною чогось. У ході реабілітаційних занять психолог має пояснити, що таке відповідальність, як вона виявляється в думках і вчинках; допомагати учасникам

тренінгу зрозуміти, що їхні дії впливають на інших; під час виконання вправ демонструвати, як вміння взяти відповідальність за свої дії може стати позитивним досвідом; допомогти учасникам усвідомити, що відповідальна поведінка підвищить їх самооцінку.

Техніка "Діаграма відповідальності". Для цієї техніки використовують кругові діаграми (див. додатки).

Зазвичай особи з девіантною поведінкою, які приходять на групові заняття, переживають сильний стрес унаслідок постійного перебування в ситуації соціальної дезадаптації. За допомогою технік розслаблення вони вчаться локалізувати стрес як певне м'язове напруження і зменшувати його спрямованим розслабленням, а також набувають навичок зняття відчуття напруження і тривоги до, під час і після стресової ситуації.

Аутогенне тренування з успіхом застосовується при реабілітації агресивної поведінки, дратівливості, конфліктності, неврозах, психосоматичних захворюваннях, станах тривоги, розладах сну тощо. Протипоказаннями є стан гострого психозу, порушення свідомості, наявність марення, низький інтелектуальний рівень, дошкільний вік дитини.

Не можна використовувати вправи на розслаблення із клієнтами, яким протипоказане надмірне напруження м'язової системи (особи із хворобами серця, астмою, підвищеним або зниженим тиском тощо). За найменших сумнівів щодо здоров'я учасника групи потрібно отримати медичний висновок.

Психолог може запропонувати також техніки *переорієнтації на позитив*. Переорієнтація передбачає уміння сприймати невдачі або свої недоліки не як негатив, а як ресурс для самовдосконалення та уникнення помилок у майбутньому. Наприклад, кожен учасник складає список своїх недоліків (дошкульних місць). Учасник зачитує по черзі кожний недолік зі свого списку, а група має "перетворити" їх, тобто придумати ситуації, у яких ця риса вже не буде слабкістю, або способи, у які вона може стати сильною стороною. Наприклад, учасник може вважати, що його дошкульним місцем є гнівливість. Група може сказати: "Є ситуації, коли неможливо не гніватись. Якщо з вами чи з кимось іншим не поведатися чесно, то розізлитися буде дуже доцільним". Або учасник стверджує, що його легко обдурити, а група переконує його в тому, що він просто довірливий.

3.3. Психотерапевтичний простір як технологія соціальної реабілітації

На сьогодні у практиці стаціонарного лікування психічних розладів у світі провідним є гуманістичний підхід, у якому підкреслюється роль оточення у процесі одужання, тобто створення обстановки, що сприяє самоповазі й особистій відповідальності, а також залученню пацієнта до осмисленої життєдіяльності. Поняття *терапевтичне середовище* належить до концепції соціотерапії, де, на відміну від психотерапії, терапевтичний ефект досягається через певні види соціальної взаємодії та соціального впливу.

Терапевтичне середовище є найважливішим терапевтичним фактором реабілітаційного центру. Від організації прийнятного терапевтичного середовища процес відновлення соціального функціонування клієнтів залежить більше, ніж від рівня проведення терапевтичних груп чи індивідуальних консультацій. Реабілітаційний заклад, у якому панує сприйнятлива для відновлення атмосфера, але бракує професіоналів, буде давати вищий результат, ніж центр із хорошою командою професіоналів, але у якому створено неприйнятні для одужання умови.

Першою головною відмінністю терапевтичного середовища від терапевтичної групи є те, що терапевтична група зустрічається з деякою регулярністю, а поза цими зустрічами учасники або не перетинаються, або, якщо така група діє в умовах центру, її груповий процес припиняється відразу після закінчення та не переноситься назовні. Натомість терапевтичним середовищем є група людей, які мешкають разом та взаємодіють весь час. У реабілітаційному центрі терапевтичні групи є лише окремими елементами терапевтичного середовища, яке складається із багатьох інших факторів. Із цього випливає друга відмінність між терапевтичною групою та терапевтичним середовищем. Терапевтична група зазвичай має групову динаміку (стадії формування, боротьби ролей, робочу стадію та стадію завершення), а терапевтичне середовище є статичним утворенням.

Терапевтична спільнота. Багато авторів використовують поняття терапевтичного середовища і терапевтичної спільноти майже синонімічно. Часто терапевтичну спільноту визначають

як особливий спеціалізований підхід, що використовує для лікування психологічні та соціальні феномени, властиві великим, чітко обмеженим групам людей, що живуть поруч. Т. Дудко розуміє термін "терапевтична спільнота" як у широкому (будь-який заклад, де надаються можливості для відповідальної роботи, розвитку інтересів та участі в повсякденному житті закладу), так і у специфічному сенсі (заклад, де використовують принципи та методи, засновані на лібералізмі, рівності, толерантності, неформальності відносин тощо). Однак ми вважаємо за доцільне розділити поняття терапевтичного середовища та терапевтичної спільноти. Терапевтична спільнота передбачає тією чи іншою мірою залучення клієнтів стаціонарного центру до керування процесами в ньому. А під терапевтичним середовищем мається на увазі взагалі будь-яка терапевтично організована соціальна структура центру, тобто будь-який терапевтичний вплив середовища, однак не обов'язково демократично організованого. Отже, терапевтична спільнота є окремим випадком терапевтичного середовища, де соціального терапевтичного ефекту намагаються досягти демократизацією та делегуванням відповідальності за керування процесами центру самим клієнтам.

Іншим варіантом терапевтичного середовища є адміністративна система. У такому випадку ми можемо мати: центр, організований за моделлю терапевтичної спільноти (повна демократизація процесу – центром керує вся спільнота); центр з елементами терапевтичної спільноти (клієнти здійснюють певний вплив на керування центром, але адміністрація і терапевтичний склад мають вищі повноваження та/або право вето – модель "демократичної монархії"); центр, що працює повністю за адміністративною системою (клієнти не мають жодного впливу на керування та організацію процесу).

Розглянемо основні принципи терапевтичної спільноти за О. Кернбергом.

Терапія як спільна справа. Персонал та пацієнти, які діють як організована спільнота, спільно здійснюють лікування пацієнтів; пацієнти беруть активну участь у своєму лікуванні, будучи відповідальними співробітниками, а не пасивними хворими, яких лікують інші.

Терапевтична культура. Усі справи та будь-які форми взаємодії спрямовані на одну мету: навчання та соціальну реабілітацію пацієнтів. Оптимальне функціонування пацієнта у терапевтичній спільноті є першим кроком до можливості оптимально функціонувати у зовнішньому світі.

Конфронтація для навчання життя. Відкритий потік спілкування між пацієнтами та персоналом здійснює миттєвий зворотний зв'язок, що стосується видимої поведінки та реакцій на неї. Дослідження функцій цієї поведінки "тут і тепер" і можливість експериментувати з новими формами поведінки вчить пацієнтів жити як у терапевтичному співтоваристві, так і в зовнішньому світі.

Для кращого розуміння сутності наведених технологій розглянемо побудову терапевтичного середовища в реабілітаційному стаціонарі для хімічно залежних. Як ми вже зазначали, доцільно при побудові терапевтичного середовища в реабілітаційному центрі використовувати "золоту середину" між адміністративною моделлю та моделлю терапевтичної спільноти. Скоріше за все, необхідний баланс між адміністративною моделлю та терапевтичною спільнотою визначається лише часом перебування в центрі. Модель терапевтичної спільноти є дієвою лише за тривалої реабілітації, тому чим коротший термін реабілітації, тим більше має бути задіяна адміністративна модель, а чим довший термін, тим більшою мірою має застосовуватися модель терапевтичної спільноти. Наприклад, реабілітація за програмою "28 днів" має бути побудована лише за адміністративним типом, а у тривалій багаторічній реабілітації для підлітків має бути максимально задіяна модель терапевтичної спільноти. Терапевтичне середовище більшості інших центрів ми рекомендуємо будувати як комбінацію цих двох моделей з тією чи іншою часткою кожної з них.

Пропонуємо такі загальні принципи для організації ефективного терапевтичного середовища.

Етичні принципи та норми. Оскільки залежність є "ціннісною хворобою", у процесі розвитку якої відбувається значна деформація ціннісної та смислової сфери, то й одужання має базуватися на ціннісному компоненті. Можливо, саме за відсут-

ності ціннісної орієнтації когнітивно-поведінкової терапії ці програми терапії узалежнення показують нижчі результати, ніж програма "12 кроків". У будь-якому разі в основу програми реабілітації мають бути покладені певні етичні принципи, зрозумілі всім клієнтам, які буде сповідувати вся терапевтична спільнота. Наприклад, основними принципами в одужанні можуть бути чесність, неупередженість та готовність до дії. Ці принципи досить прості та зрозумілі, до того ж їх лише три, що спрощує їх сприйняття клієнтами. Цих трьох духовних принципів мають дотримуватися обидві сторони терапевтичного середовища, як клієнти, так і персонал. Чесність – це обов'язок бути чесним із собою, щодо своїх рішень та можливостей. Неупередженість – віра клієнта в те, що йому допоможуть. Одужання напряму залежить від віри клієнта в досягнення бажаного результату, звичайно, сприятлива атмосфера безпеки, у якій можна довіритись, відіграє важливу роль. Готовність до дії – це готовність клієнта виконувати завдання, його зацікавленість у реабілітації, а також відкритість, готовність надати підтримку з боку персоналу.

Структурованість процесу реабілітації. Структурованість життя в центрі є одним із визначальних терапевтичних факторів. Кожен день має бути розпланований, розклад занять – відомий на тиждень уперед. Чіткий і передбачуваний графік щоденних дій важливий, він створює визначеність і цілісність. Структурованість процесу реабілітації має протистояти хаотичній організації життя залежного, привчати його до здорового планування і відчуття ритму життя. Хаос і дезорганізація – синоніми залежної поведінки, тому сама по собі структура є терапевтичним чинником у роботі із залежностями. Відсутність структури підвищує тривожність і викликає нудьгу, яка є небезпечною для залежних людей, оскільки за нею стоїть невміння конструктивно заповнювати вільний час. Нудьга шукає виходу у вживанні речовин, що змінюють психічний стан, тобто штучно викликають позитивні емоції, або у девіантній поведінці, виявами якої можуть бути лінощі, негативне мислення, жалість до себе тощо.

Правила центру. Узалежненим людям властива імпульсивність – риса характеру, що виражається у схильності діяти без достатнього свідомого контролю, під впливом зовнішніх обста-

вин або внаслідок емоційних переживань. Аморфність зовнішніх і внутрішніх психологічних кордонів і розбалансування волевої сфери не дає можливості клієнтові дисциплінувати себе, принаймні на першому етапі реабілітації. Тому важливо, щоб у центрі були чіткі правила. Правила центру базуються на етичних принципах. Це правила поведінки, комунікації, режиму дня, заохочень та санкцій.

Система заохочень та санкцій. Найважливішою у створенні позитивної атмосфери є система заохочень за досягнення в одужанні. Отримання заохочення не має бути складним, щоб його міг отримати кожен, хто виконує план одужання і не порушує правил. Система заохочення може бути бальною – кожен спеціаліст, група тощо можуть виставляти бали кожному клієнту (і знімати за порушення). Бали підсумовують та озвучують на зборах терапевтичної спільноти. Заохочення можуть бути різними: позачергове право на солодке, додатковий виїзд, доступ до ігор на комп'ютері, похід до кінотеатру, додатковий час для тренувань, додатковий вільний час тощо.

Санкції мають бути винятком (необхідно пам'ятати, що кращою санкцією є відсутність заохочення), застосовуватися в особливих випадках і в жодному разі не бути принизливими. Не можна застосовувати санкції у вигляді відчуження (напр. груповий бойкот). Крайнім виявом санкцій за грубі порушення може бути заборона на виїзд із групою на культурну програму поза центром. Самими санкціями за порушення є окремі доповнення до основної програми у вигляді рефератів, де порушник правил аналізує свою поведінку, додаткового прибирання окремих об'єктів (напр. кухні), додаткових фізкультурних навантажень (присідання, віджимання – за умови сприятливого стану здоров'я клієнта для виконання спортивних вправ).

Індивідуальні мотиваційні доповнення до програми. Маються на увазі доповнення, що сприяють розвитку клієнта або допомагають йому включитися у процес швидше. Наприклад, якщо клієнту важко почати говорити в загальному колі реабілітантів, то йому можна запропонувати обов'язкове висловлювання у групі щоденних роздумів (читати текст і висловлювати свою думку першим) або давати три обов'язкові зворотні зв'язки у

великих групах (напр. засіданнях терапевтичної спільноти). Це може бути корисне учасникам процесу, які не відчують упевненості у собі, мають страхи публічних виступів, не цінують свої погляди. Додаткові спортивні вправи можуть бути запропоновані клієнтам, які хочуть поліпшити свій фізичний стан і не наважуються на систематичні дії задля цього.

Контракт із клієнтом. З кожним клієнтом необхідно укласти контракт на проходження реабілітації, у якому чітко прописано правила виписки, дано згоду на дотримання правил центру. Клієнт може залишити центр, дотримуючись раніше прийнятих взаємних домовленостей. Наприклад, якщо клієнт хоче припинити реабілітацію, то в нього є тиждень, щоб обміркувати своє рішення. Якщо після закінчення обумовленого в контракті терміну клієнт не змінив свого рішення, то він вільно може покинути реабілітаційний центр. Також із клієнтом складають індивідуальний план одужання, у якому зазначаються як загальні цілі програми одужання центру, так і індивідуальні цілі клієнта. Індивідуальний план періодично переглядається із психологом, що супроводжує клієнта.

Індивідуальний супровід. Рекомендовано, щоб кожного клієнта супроводжували психолог та консультант із хімічної залежності. До задач консультанта входить перевірка виконання стандартного плану одужання, робота психолога зосереджена на індивідуальних психологічних цілях.

Врахування індивідуальних особливостей у процесі реабілітації. Важливо пам'ятати, що кожна людина, яка прибула на реабілітацію, особлива. Потрібно враховувати різні чинники – вік, соціальне положення, стан здоров'я, вид і стадію залежності, стаж уживання, коморбідність захворювань тощо. Виходячи із цих особливостей, слід формувати індивідуальну роботу з клієнтами.

Професіоналізм персоналу. Здавалося б, ця вимога є банальною та зрозумілою, однак проблема професійної підготовки кадрів реабілітаційних центрів є катастрофічною. По-перше, це стосується складу консультантів із хімічної залежності. Таким може вважатися лише спеціаліст, який має термін тверезості не менший за один рік та пройшов відповідні курси підготовки. По-друге, на жаль, психологи, що працюють у центрах реабілі-

тації, також найчастіше не мають відповідної підготовки для роботи із цією категорією клієнтів. Крім того, до категорії професійності входить необхідність отримувати постійну супервізію і власну психотерапію. Також спеціалісти центру мають відповідати своїм посадам не тільки з погляду підготовки, але й через особистісні риси. Принаймні молодші спеціалісти мають бути достатньо зрілими для того, щоб стримувати вияви явної і неявної агресії та інших патологічних рис характеру.

Зовнішня супервізія. Центр має проходити періодичну зовнішню супервізію, бажано раз на три місяці. Це необхідно для того, щоб прояснювати сліпі зони терапевтичного складу, які завжди є, якого б рівня не були спеціалісти.

Регулярні робочі збори. Необхідно проводити щотижневі робочі збори, на яких обговорюються кожен із клієнтів центру, загальний процес реабілітації та інші нагальні питання.

Збори терапевтичної спільноти. Бажано, щоб у ЗТС вистачало прав на управління центром у товаристві клієнтів. Поточні питання, які обговорюються, і рішення, які приймаються: розподілення заохочень та санкцій; приймання/випуск із реабілітації; перехід з етапу на етап; розподілення обов'язків на наступний тиждень, тижневе меню; обговорення проблем терапевтичного процесу; планування виїздів тощо. Терапевтичному складу рекомендується втручатися в хід ЗТС мінімально.

Створення здорових ритуалів. На необхідність створення здорових ритуалів вказують багато спеціалістів. Це можуть бути ритуали приймання новачка, випуску, початку та закінчення дня, тижня тощо. Дуже важливими є святкування днів народження, особливих днів тверезості (місяць, три місяці, півроку, рік) та інших свят. Особливу атмосферу в центрі реабілітації створює підготовка до святкування Нового року, Великодня: спільне прикрашання будинку, складання меню, приготування страв – все те, що об'єднує людей. Підготовка до таких подій повертає залежних у період дитинства, який найчастіше був упущений або забутий клієнтами, а саме до дружньої атмосфери спільних приготувань і взаємопідтримки. Це ритуали, які об'єднують здорову сім'ю. Пройшовши цей етап у центрі, клієнт зафіксує його і зможе передавати своїм дітям, близьким як спосіб

здорового і позитивного проведення часу, тим самим формуючи новий сценарій поведінки наступних поколінь. До днів народження клієнти центру готують сценки, виготовляють плакати і вітальні листівки для іменинників – це допомагає включати креативне мислення і надає цінність вчинкам, відволікаючи від зацикленості на матеріальних цінностях, що притаманна залежним. У такий спосіб одужуючі залежні вчаться дарувати й отримувати емоції і від процесу підготовки подарунка, і від його презентації. Цінність людської уваги і зусиль стає більш значущою.

Клуб випускників. Бажано роботи малі зустрічі випускників раз на три місяці, а велику зустріч – раз на рік.

Творче дозвілля. Організація тверезого дозвілля так само важлива в центрі психосоціальної реабілітації, як і дотримання режиму. Навички здорового відпочинку – невідомий або загублений процес для людей із залежностями. Тому дуже важливо приділяти належну увагу проведенню заходів, на яких клієнти можуть вчитися відпочивати активно і весело, не вдаючись до легкого способу розслаблення – уживання ПАР. Такими заходами є:

- різноманітні артгрупи, де залежний навчається вивільняти накопичені емоції за допомогою малюнка, рухових, танцювальних технік;
- спільні ігри: у вихідні та вільний від занять час клієнти можуть грати в настільні ігри, які мають бути в кожному центрі, щоб одужуючий залежний звикав до конструктивного проведення часу, одночасно тренуючи навички взаємодії з партнерами по іграх;
- спортивні заходи: тренування у спортивному залі, на вулиці, командні ігри у футбол, волейбол;
- організація турнірів між учасниками різних тверезих спільнот, центрів або відділень.

Важливим аспектом соціалізації клієнтів центру є виїзні культурні заходи, такі як відвідування театрів, кінотеатрів, виставок мистецтва тощо.

Виїзди до терапевтичних таборів – це тестування тверезого відпочинку в терапевтичному співтоваристві в літній і зимовий час. Активне проведення часу – екскурсії, екстремальні розваги (лижі, сноуборд, водні лижі, катамарани тощо), пікніки на при-

роді, спільне приготування м'яса на багатті, пісні під гітару – усе це допомагає учасникам терапевтичного процесу сформувати здорову модель поведінки у відпустці в майбутньому, не вдаючись до вживання ПАР або ігрової залежності.

Трудовотерапія. Основна користь трудовотерапії полягає в тому, що людина поступово повертається до буденного життя. Пов'язано це з тим, що під час трудового процесу залежний відволікається від негативних думок, позбавляється своїх страхів, не думає про душевний і фізичний біль. Людина, перебуваючи серед людей зі схожими інтересами, перестає почуватися неповноцінною та ізольованою від суспільства. Трудовотерапія – це лікування, яке допомагає відновити психічне, емоційне і фізичне здоров'я. Вона тримає людину в тонусі, адаптує її до суспільства і навколишнього світу, змушує відволіктися від негативних думок. За наркотичної/алкогольної залежності трудовотерапія допомагає забути про недугу. Якщо правильно поєднувати терапію із працею, медикаментозними препаратами і бажанням самого пацієнта вилікуватися від згубної звички, то за деякий час залежність повністю зникає, людина повертається до нормального життя в суспільстві. У центрах реабілітації пропонується прибирання прибудинкової території (сухого листя, снігу взимку). У деяких центрах організація терапевтичного процесу включає самостійне прибирання клієнтами місць свого проживання, чергування в їдальні. Такі заходи є терапевтичними і допомагають одужуючим залежним почуватися частиною соціального механізму, спільноти, а спільноту відчувати як "свою"; набувати необхідних навичок трудової відповідальності, виявляти та проробляти багато міжособистісних проблем.

Головним спеціалістом, що відповідає за створення терапевтичного середовища, є соціальний педагог. До його обов'язків входить організація переважної більшості активностей, що створюють групу атмосферу: трудовотерапія, дозвілля, гуртки, виїзди тощо.

Отже, створення ефективного терапевтичного середовища є головною задачею центру реабілітації. Саме від терапевтичного середовища найбільшою мірою залежить ефективність центру.

Контрольні запитання

1. З яких етапів складається підготовка до впровадження програми соціальної реабілітації?
2. Для чого потрібні домашні завдання в ході соціальної реабілітації?
3. Які складові має оцінювання ефективності програми соціальної реабілітації?
4. Які мета та процес реалізації соціального супроводу?
5. Що таке мотиваційне інтерв'ю?
6. Назвіть техніки соціальної реабілітації, що застосовуються в ході групової роботи.

Завдання для самостійної роботи

1. Розробіть схему мотиваційного інтерв'ю із клієнтом, який є узалежненим від азартних ігор.
2. Складіть план соціального інспектування сім'ї у складних життєвих обставинах.
3. Яка технологія соціальної реабілітації потрібна, щоб запобігти поверненню клієнтки до наркоживання?
4. З розповіді клієнтки: "Коли я поїхала додому в перший раз після шести місяців стаціонарного лікування, я хотіла допомагати по дому, оскільки проживала з мамою і відчувала потребу бути корисною для сім'ї. Це будинок, де я раніше вживала наркотики і, коли зайшла у квартиру, відчула потяг.
5. Все нагадувало про вживання: стіл, де я розкладала шприци, на ньому навіть залишилися сліди від свічки, над якою я варила метадон ... Я почала прибирати у своїй кімнаті і знайшла таблетки, на яких "зістрибувала" перед центром і без яких я не могла обходитися... Пам'ятаю, як я взяла таблетку в руку і промайнула думка її прийняти, щоб ніхто не помітив".

Список рекомендованої літератури

1. Джонсон В. Метод убеждения. Как заставит наркомана или алкоголика лечиться / Вернон Джонсон. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2012.
2. Дудко Т. Н. Терапевтические сообщества / Т. Н. Дудко // Руководство по наркологии / под. ред. Н. Н. Иванца. – М.: ИД Медпрактика, 2002. – С. 271–289.

3. Миллер У. Р. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться / У. Р. Миллер, С. Роллник ; пер. с англ. Ю. М. Сусоева, Д. М. Вершинина. – М. : Эксмо, 2017.
4. Прохазка Д. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек / Д. Прохазка, Д. Норкросс, К. Ди Клементе ; пер. с англ. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2013.
5. Старков Д. Ю. Організація груп взаємодопомоги для залежних в структурі центрів соціальних служб / Д. Ю. Старков // Міждисциплінарні проблеми соціальної роботи: психологічні, соціологічні, правові аспекти : матер. Третьої міжнар. наук.-практ. конф. – К. : Київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка, 2015. – С. 85–95.
6. Kelly J. F. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews / J. F. Kelly, K. Humphreys, M. Ferri. – 2020. – Issue 3. – DOI : 10.1002 / 14651858.CD012880.pub2.
7. The Cochrane 2018 Review on Brief Interventions in Primary Care for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption: A Distillation for Clinicians and Policy Makers / F. R. Beyer, F. Campbell, N. Bertholet et al. // Alcohol and Alcoholism. – Vol. 54, Issue 4. – P. 417–427. – <https://doi.org/10.1093/alcalc/agz035>.
8. Cox W. Handbook of motivational counseling: goal-based approaches to assessment and intervention with addiction and other problems / W. Cox, E. Klinger. – New Jersey ; Wiley-Blackwell, 2011.
9. Graham H. Rehabilitation work: supporting desistance and recovery / H. Graham. – New York ; London : Routledge, Taylor & Francis Ltd., 2016. Series : International Series on Desistance and Rehabilitation.

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІДПОВІДНО ДО ЦІЛЬОВИХ ГРУП КЛІЄНТІВ

4.1. Соціальна реабілітація мотивованих клієнтів

Якщо людина, яка усвідомлює свою соціальну дезадаптацію і об'єктивно перебуває в ексклюзії, самостійно звертається до соціальних служб або інших закладів соціальної реабілітації, то її слід віднести до групи мотивованих клієнтів. До таких груп належать люди з інвалідністю, сім'ї або особи, які перебувають у складних життєвих обставинах, батьки дітей з девіантною поведінкою. Проблемні сім'ї можна умовно поділити на дві групи: сім'ї, де переважають соціальні проблеми; сім'ї, де переважають проблеми психологічні.

Зрозуміло, що соціально-психологічна допомога потрібна обоє групам, оскільки ускладнення соціальних проблем тягне за собою поглиблення психологічних, і навпаки. До сімей, де переважають соціальні проблеми, належать: багатодітні, малозабезпечені, сім'ї у складних життєвих обставинах.

Психологічна сутність стосунків у сім'ях, де переважають соціальні проблеми, здебільшого не потребує корекції. Тому в роботі з ними основну увагу варто приділити активізації ресурсів сім'ї, підвищенню поінформованості її членів стосовно шляхів розв'язання їхніх проблем тощо. Ці заходи сприяють переходу сім'ї в гармонійну. Винятком є сім'ї комбатантів. Тут серйозною медико-психологічною проблемою може бути наявність у комбатанта синдрому ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) або інших емоційних розладів унаслідок пережитих стресових ситуацій під час бойових дій. У цьому разі соціальний працівник має залучити фахівців-медиків для роботи з такою сім'єю.

Дисгармонійні, неповні, розлучені, прийомні сім'ї та сім'ї, де є діти з девіантною поведінкою, навпаки, потребують насамперед

допомоги в налагодженні стосунків, тобто тут психологічний аспект є ключовим у попередженні переходу їх у дисфункційні.

Розглянемо особливості соціальної реабілітації зазначених груп клієнтів.

Люди з інвалідністю – це частина людства. Майже кожен у якийсь момент свого життя тимчасово або назавжди відчуває інвалідність. Понад 1 млрд людей – близько 15 % населення планети – живуть із певною формою інвалідності, і ця кількість зростає. Інвалідність є результатом взаємодії між людьми з такими станами здоров'я, як церебральний параліч, синдром Дауна та депресія, а також особистісних та соціальних факторів, включаючи негативне ставлення (дискримінацію), недоступність транспорту і громадських будівель та обмежену соціальну підтримку. Люди з інвалідністю страждають від гірших показників здоров'я, мають менший доступ до освіти та можливостей працевлаштування, частіше живуть у складних життєвих обставинах, ніж ті, хто не має інвалідності. Дуже часто люди з інвалідністю не отримують необхідних медичних послуг. Дані свідчать, що половина людей з інвалідністю не може дозволити собі медичну допомогу. Було досягнуто значного прогресу, щоб зробити світ більш доступним для людей з інвалідністю, але для задоволення їхніх потреб необхідно набагато більше роботи.

У 1997 р. Україна ратифікувала Конвенцію про захист прав людини і основоположних свобод (далі – Конвенція), а у 2009 р. – Конвенцію про права осіб з інвалідністю. Статтею 5 передбачено право на рівність і недискримінацію: "Всі особи є рівними перед законом і за ним та мають право на рівний захист закону й рівне користування ним без будь-якої дискримінації. Державами гарантується заборона будь-якої дискримінації за ознакою інвалідності. Особам з інвалідністю гарантовано рівний та ефективний правовий захист від дискримінації на будь-якому ґрунті. Для заохочення рівності й усунення дискримінації держави мають вжити усі належні заходи для забезпечення розумного пристосування. Конкретні заходи, необхідні для прискорення чи досягнення фактичної рівності осіб з інвалідністю, не вважаються дискримінацією за змістом цієї Конвенції".

Інвалідність – це поняття, яке еволюціонує. У сучасному розумінні інвалідність є результатом взаємодії, що відбувається між людьми, які мають порушення здоров'я, і середовищними бар'єрами та бар'єрами ставлення оточуючих, що заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими. Отже, люди із психічними та поведінковими розладами також можуть відноситись до категорії осіб з інвалідністю, адже через стійкий та хронічний перебіг деяких таких розладів особа може мати труднощі з повсякденним функціонуванням.

Наведемо приклад, що пояснює причини ексклюзії людей з інвалідністю. Виховуючи дитину з розладами аутистичного спектру, батьки стикаються з низкою труднощів, починаючи від труднощів діагностування та реабілітації і закінчуючи труднощами взаємодії з дитиною. Наприклад, дитина може реагувати на вимоги та зауваження батьків аутостимуляцією у вигляді стрибків, ударів руками або ногами по стінці або підлозі, аж до биття головою об стінку. У громадському транспорті діти часто розгойдуються, кричать, махають руками, падають на коліна і стукають головою по підлозі. Зрозуміло, що така поведінка дитини призводить до ситуації ексклюзії всієї сім'ї. Основні проблеми таких сімей полягають у такому:

- Нерозуміння з боку суспільства. Недостатнє розповсюдження інформації призводить до формування хибних вражень про сім'ї, які виховують дітей з РАС та про саму природу РАС.
- Сім'ї відчують постійні складнощі та обмеження, пов'язані з особливими потребами, які необхідні дитині для подальшого розвитку.
- Відбувається аутизація родини, унаслідок чого батьки не можуть бути соціально активними громадянами та не задовольняють свої потреби у самореалізації.
- Батькам притаманний стан хронічного стресу.
- Можуть відбуватись конфлікти та відчуватись емоційна холодність подружжя на тлі стресу та тривоги.
- Виникають складнощі соціальної взаємодії: щодо вступу та відвідування дитячих садочків, а надалі – пошуку школи та спеціалістів, які б могли надати кваліфіковану допомогу; складнощі з відвідуванням громадських місць.

Щоб виправити ситуацію з ексклюзованістю людей з інвалідністю, 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.

Розглянемо типологію сімей, які потребують соціальної реабілітації. Для визначення таких сімей тривалий час використовували різні поняття, що характеризують негативні особливості життєдіяльності сімей із дітьми: сім'я соціального ризику, неблагополучна, дисфункційна, проблемна сім'я тощо.

На думку А. Й. Капської та інших, поняття *функціонально-неспроможна сім'я* (дисфункційна) відображає суть порушення функціонування сім'ї як соціального інституту. Це сім'я, яка з певних об'єктивних і суб'єктивних причин не може повноцінно виконувати свої функції: матеріально-економічну, житлово-побутову, репродуктивну, комунікативну, виховну, рекреативну, що не дає змогу забезпечити найважливіші життєві потреби дитини (дітей), створити належні умови для забезпечення її життєдіяльності й розвитку, інші важливі потреби кожного члена сім'ї, загальносімейні (групові) потреби.

Наступне означення – *сім'я у кризовій ситуації* (кризова сім'я) – це категорія сімей, у яких під впливом внутрішніх або зовнішніх факторів склалися несприятливі економічні, соціаль-

ні, психологічні обставини або існує соціальна ізоляція, що тимчасово заважають батькам виконувати обов'язки виховання своїх дітей або належним чином турбуватися про них.

Якщо порівняти ці означення, то стає очевидним, що, по суті, вони однакові.

Одним із варіантів типологізації сімей, які потребують соціальної підтримки, є характеристика їх за рівнем соціальної адаптації. Ще один термін, який визначає сім'ї з порушеною виховною функцією, – *неблагополучна сім'я*, що можна розглядати як вияв функціональної неспроможності сім'ї виконувати щодо дитини виховну функцію. До неблагополучних сімей належать:

- сім'ї, де батьки зловживають спиртними напоями, ведуть аморальний спосіб життя, вступають у конфлікт із морально-правовими вимогами суспільства;
- сім'ї з низьким морально-культурним рівнем батьків;
- сім'ї зі стійкими конфліктами у взаєминах між батьками, батьками й дітьми;
- неповні сім'ї;
- сім'ї, зовні благополучні, які допускають серйозні помилки в системі сімейного виховання унаслідок невміння будувати взаємини між членами сім'ї, низької педагогічної культури й неосвіченості.

У цьому означенні чітко зафіксовано ставлення до дитини, тобто якщо сім'я втрачає виховні можливості через зазначені причини, то її вважають неблагополучною.

Через різноманіття означень сімей, які потребують соціальної допомоги, як у науково-методичній літературі, так і в нормативно-правових документах, виникає багато непорозумінь, зокрема підміна понять і виникнення суперечностей між ними.

Разом із цим, починаючи з 2006 р., термін "неблагополучна сім'я", як і всі зазначені вище, у нормативно-правових актах України замінено терміном *сім'я у складних життєвих обставинах* (далі СЖО). Зауважимо, що підстави та наукове обґрунтування зміни терміна відсутні.

Нині є чинною Постанова Кабінету міністрів України від 21.11.2013 "Про затвердження Порядку виявлення сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм

соціальних послуг та здійснення соціального супроводу таких сімей (осіб)", керуючись якою працюють усі районні соціальні служби для сім'ї, дітей і молоді.

У цій постанові сім'я, яка опинилася у складних життєвих обставинах, розглядається як сукупність осіб, серед яких є хоча б одна дитина віком до 18 років, що проживають разом і пов'язані спільним побутом, взаємними правами й обов'язками. Під складними життєвими обставинами вбачають обставини, що об'єктивно порушують нормальну життєдіяльність особи, наслідки яких вона не може подолати самостійно або мінімізувати негативний вплив, зокрема такі:

- 1) жорстоке поводження з дитиною в сім'ї;
- 2) відсутність постійного місця роботи у працездатних членів сім'ї;
- 3) відсутність житла, призначеного і придатного для проживання;
- 4) відбування покарання у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний термін, взяття під варту одного із членів сім'ї;
- 5) насильство в сім'ї (зокрема й щодо дитини);
- 6) тривала хвороба, встановлена інвалідність (зокрема й дітей), уроджені вади фізичного та психічного розвитку;
- 7) малозабезпеченість, безробіття одного із членів сім'ї, що негативно впливає на виконання батьківських обов'язків, призводить до неналежного утримання дитини й догляду за нею;
- 8) спосіб життя, унаслідок якого один із членів сім'ї частково або повністю не має здатності чи можливості самостійно піклуватися про особисте життя та брати участь у суспільному житті;
- 9) ухиляння батьків від виконання обов'язків із виховання дитини;
- 10) відібрання у батьків дитини без позбавлення батьківських прав;
- 11) стихійне лихо;
- 12) дискримінація осіб та/або груп осіб.

Якщо розглянути зміст зазначених обставин, то стає очевидно неможливість класифікації сімей зі складними життєвими обставинами через відсутність критеріїв для визначення таких обставин. Замість критеріїв тут перераховані життєві проблеми

не лише різних рівнів, а й різні за змістом. Відсутність ознак, їх дублювання призводить до плутанини у визначенні сімей-отримувачів послуг. Наприклад, у п. 1 ідеться про жорстоке поводження з дитиною в сім'ї, а під цим поняттям маються на увазі будь-які форми фізичного, психологічного, сексуального або економічного насильства над дитиною в сім'ї або поза нею; водночас про насильство в сім'ї окремо зазначено в п. 5. Пункт 2 щодо відсутності постійного місця роботи у працездатних членів сім'ї дублюється з п. 7, де ці обставини описані одним словом – безробіття. Незрозуміло, за якою логікою виникають поруч пункт про відбування покарання у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний термін, взяття під варту одного із членів сім'ї та про насильство в сім'ї (зокрема й щодо дитини). Крім того, позбавлення волі й обмеження волі – це різні речі, а позбавлення волі може бути від умовного до довічного. Отже, складні життєві обставини можуть тривати все життя. Загальнозвучить п. 8 "спосіб життя, унаслідок якого один із членів сім'ї частково або повністю не має здатності чи можливості самостійно піклуватися про особисте життя та брати участь у суспільному житті" – тут порушена логіка, оскільки, якщо людина не піклується про себе, то це і є її спосіб життя, а не його наслідок. Тим не менше, спираючись на вищевказане, соціальні служби мають вести облік сімей СЖО. Науковці намагалися класифікувати СЖО залежно від несприятливих умов або складних життєвих обставин, що негативно впливають на виховання й забезпечення розвитку дітей, за такими ознаками:

- соціально-демографічні – неповні, багатодітні сім'ї, що перебувають у процесі розлучення тощо;
- матеріально-побутові – малозабезпечені, сім'ї, де є безробітні тощо;
- медико-соціальні – сім'ї, де є особи з інвалідністю, алкоголіки, наркомани, психічно хворі тощо;
- психологічні та соціально-педагогічні – сім'ї, де спостерігається недобра психологічна атмосфера, емоційно-конфліктні взаємини, педагогічна некомпетентність батьків тощо;
- соціально-правові – сім'ї, де спостерігаються криміногенні вияви способу життя, є раніше засуджені тощо.

Проте важко визнати класифікацією розподіл, за яким одна й та сама сім'я може ввійти в усі п'ять категорій: багатодітна, мало-забезпечена, конфліктна з педагогічною некомпетентністю, де батько-алкоголік три роки тому вийшов із тюрми й досі безробітний.

Аналіз практичної діяльності соціальних працівників довів, що відсутність науково обґрунтованої типології сімей, що потребують соціально-психологічної допомоги, є серйозною перешкодою в роботі з ними. Наприклад, у дослідженні Н. А. Тараненко, що було виконано під нашим керівництвом у межах магістерської роботи, з'ясовано ставлення працівників соціальних служб м. Києва до зведення всіх сімей, що є адресатами соціальної роботи, в одну групу – СЖО.

За результатами опитування щодо оцінювання соціальними працівниками ознак, за якими можна віднести сім'ю до категорії СЖО, було виявлено таке.

1. Більшість соціальних працівників вважають, що ознаки, наведені в законодавстві, не повністю відображають зміст поняття "сім'я СЖО". Ці ознаки не відповідають дійсній причині проблем сім'ї. Соціальні працівники у своїй роботі не аналізують причини, які передують зазначеним виявам сім'ї СЖО, оскільки це суперечило б тому, що є в законодавстві.

2. Через величезний перелік ознак СЖО соціальні працівники змушені ставити на облік таку кількість сімей, що перевищує можливості робочого навантаження відповідних служб. Це наслідок нечіткості та підміни понять, що представлені в нормативній базі: багато ознак не відповідають сутності терміна "сім'ї СЖО", одна й та сама ознака має подвійний зміст.

3. Більшість соціальних працівників дотримуються самотійно сформованого переліку критеріїв сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах. Так, опитувані сформулювали такий перелік: хронічні сім'ї, кризові, потенційні, сім'ї, які швидко розв'язують проблеми. Хронічні сім'ї – це такі, де проблеми зазвичай ніколи не розв'язуються й накопичуються, як снігова куля; за статистикою, таких сімей найбільше. Ці сім'ї не вмотивовані на розв'язання своїх проблем, у них відсутні бажання співпрацювати із соціальним працівником, вони не усвідомлюють необхідності якихось змін. Ці сім'ї перебувають на обліку

роками. На нашу думку, ці ознаки характеризують скоріше дисфункційні сім'ї, а не сім'ї у СЖО. Кризові сім'ї характеризуються тим, що їхні проблеми можуть розв'язуватися лише на певний час, а потім знову повертаються. Потенційні сім'ї – це сім'ї групи ризику, які можуть потрапити у СЖО, але соціальні працівники не втручаються до їхньої проблемної ситуації доти, доки вона не досягне критичного рівня. Це є певним парадоксом, адже знаючи, що сім'ї необхідна допомога, спрямована на профілактику порушень у сімейній системі, соціальні працівники чекають, коли проблема стане явною. Сім'ї, які швидко розв'язують проблеми (самостійно чи за допомогою соціального працівника), виходячи з висловлювань, є справді тими, що перебувають у складних життєвих обставинах. Проте до роботи з такими сім'ями соціальні працівники долучаються в останню чергу, оскільки всі ресурси вже витрачені на зазначені вище типи.

4. Висловлювання соціальних працівників щодо їхньої роботи показали, що більшість розуміє недоліки чинної нормативної бази, вони налаштовані удосконалити означення цього терміна та його ознак. Це стане каталізатором підвищення ефективності роботи із сім'ями, які потребують соціально-психологічної допомоги.

Показовим є аналіз ставлення самих сімей у СЖО до пропозиції соціальних працівників щодо співпраці. Лише 20 % сімей позитивно відреагували на візит соціального працівника, а решта були дуже незадоволені тим, що соціальні служби втручаються в їхнє сімейне життя. 50 % сімей зовсім не усвідомлюють своїх проблем, вони вважають, що такі факти, як нестача їжі й одягу для дитини, відсутність засобів гігієни, дитячі крадіжки, девіантна поведінка є нормальним перебігом подій. Ці сім'ї відмовлялися від психологічної допомоги, від співпраці в розробці плану виходу зі складних життєвих обставин, а були зацікавлені в отриманні інших послуг, які їм принесуть більше користі (грошова, гуманітарна допомога, пільги тощо).

Отже, нині соціальні служби проводять роботу із сім'ями без врахування їх диференціації, без визначення причин їхнього неблагополуччя. Відсутність адекватної типології сімей і визначення виду допомоги, якої вони потребують (матеріальної, юридичної, соціально-психологічної), призводить до того, що ресур-

си надають тим сім'ям, які не зацікавлені у розв'язанні своїх проблем. Тому результат роботи вкрай низький. Разом із цим для роботи із сім'ями, які насправді потрапили у складні життєві обставини, не залишається ні часу, ні сил.

Отже, об'єднання всіх сімей, що потребують допомоги, в одне поняття "сім'ї СЖО" має негативні наслідки для практики соціальної роботи. У теоретичному аспекті застосування ознак сімей СЖО, що є в нормативній базі, некоректне. Сама етимологія слова "обставини" означає щось тимчасове, а найголовніше – те, що є об'єктивним, тобто не залежить від самої людини. У цьому сенсі поєднання зовнішніх і внутрішніх факторів, що наполегливо повторюється в означенні сімей СЖО, є серйозною помилкою.

Наприклад, візьмемо дві неповні сім'ї. В одній батько нещодавно загинув – ця сім'я справді перебуває у складних життєвих обставинах. В іншій неповній сім'ї матеріально забезпечена, успішна, самодостатня зріла жінка свідомо обрала варіант безшлюбного материнства. До чого тут складні життєві обставини? Ще один типовий приклад із життя: парубок із заможної, високостатусної сім'ї, перед яким відкриті всі можливості, стає наркоманом. Тут складних життєвих обставин також не було. Стосовно багатодітної сім'ї, якщо цей варіант сімейного життя свідомо обраний батьками, казати про СЖО знову-таки буде недоречно. Отже, відсутність науково обґрунтованої типології сімей, що потребують соціальної допомоги, знижує ефективність роботи з ними.

На основі наших досліджень і досвіду роботи з такими сім'ями ми розробили типологію сімей відповідно до негативної динаміки сімейних стосунків (рис. 4.1).

Розглянемо цю типологію. Зрозуміло, що гармонійна сім'я є щасливою і не потребує допомоги соціальних служб. Натомість сім'ї багатодітні, малозабезпечені та сім'ї, де є тяжкохворі або особи з інвалідністю, мають багато проблем. Проте вирішальним фактором тут є сімейні стосунки. Якщо батьки кохають один одного й люблять і розуміють своїх дітей, то труднощі й негаразди ще більше згуртовують таку сім'ю. До соціальних служб такі сім'ї звертаються лише за конкретною, зазвичай юридичною чи матеріальною, допомогою.

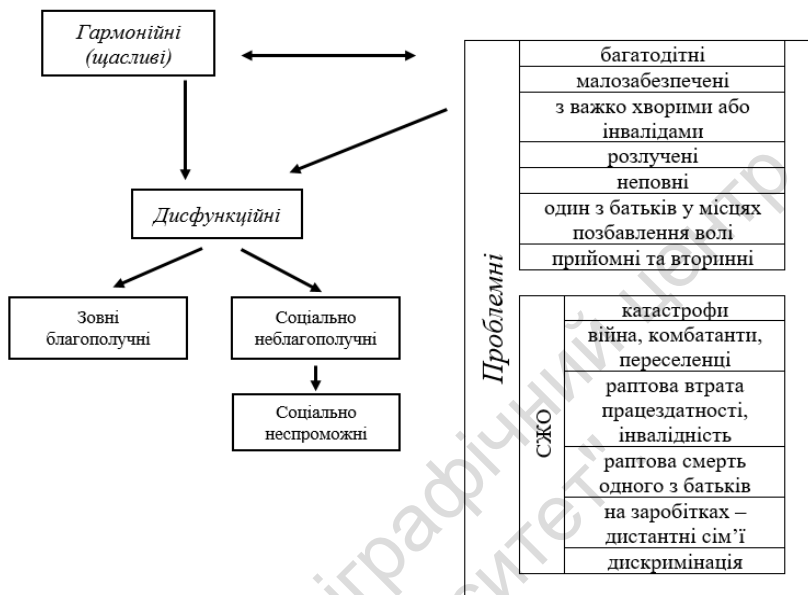


Рис. 4.1. Типологія сімей відповідно до негативної динаміки сімейних стосунків

Проблеми сімей неповних, розлучених і таких, де один із батьків перебуває в місцях позбавлення волі, набагато складніші, оскільки тут вже порушено структуру сім'ї, а отже, зберегти її нормальне функціонування важко. Слід зазначити, що є кардинальна відмінність неповних сімей, де один із батьків помер, від тих сімей, де дитина свого батька навіть не знає, а тим більше від тих, де батьки розлучені. Докладніше ця відмінність розглядатиметься далі. Інша ситуація – коли один із батьків перебуває в місцях позбавлення волі, що часто є ознакою соціального неблагополуччя (дисфункційності) сім'ї, однак тут ключовим є ставлення сім'ї до цієї ситуації.

Окремою групою серед проблемних сімей є прийомні та вторинні сім'ї. Зрозуміло, що виховання нерідних дітей завжди є складним і проблемним. Уникнути переходу такої сім'ї у групу дисфункційних сімей допоможе лише професійна майстерність

батьків-вихователів, життєва мудрість опікунів (вітчима, ма-чухи) і допомога фахівців (соціальних працівників, психологів, педагогів тощо).

Для сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, основною ознакою є наявність зовнішніх факторів, що зумовили проблеми, а не внутрішніх, тобто стосунків у сім'ї. У цьому разі сім'я є цілком гармонійною, але життєва ситуація так склалася, що необхідна допомога ззовні. Це, наприклад, сім'ї, які постраждали від техногенних катастроф чи стихійного лиха (аварія на Чорнобильській АЕС, повінь, пожежа тощо) або воєнних дій (переселенці із зони АТО, сім'ї комбатантів). До складних життєвих обставин слід віднести раптову втрату роботи чи взагалі працездатності (інвалідність) годувальника сім'ї. У складних життєвих обставинах перебувають так звані дистантні сім'ї, коли один із батьків (а тим більше обидва) тривалий час живуть поза сім'єю у зв'язку з особливостями їхньої праці, наприклад за кордоном за контрактом чи просто на заробітках, або на роботі вахтовим методом.

Дискримінація сім'ї за будь-якими ознаками (релігійними, етнічними) також є серйозним фактором виникнення проблем. Особливо гостро ці складні життєві обставини позначаються на сім'ї, якщо вона мешкає в невеликому населеному пункті, де думка громади є дуже важливою.

Якщо члени сімей приходять до центрів соціальних служб за власною ініціативою, то зазвичай вони є вмотивованими щодо співпраці із соціальним працівником. Це одинокі матері, багатодітні сім'ї, опікуни, люди похилого віку, сім'ї з дітьми-інвалідами, батьки дітей з девіантною поведінкою. Інформація про соціальні служби потрапляє до них через заклади освіти, інші державні установи або просто інформаційні листки центрів соціальних служб, що розповсюджуються співробітниками. Приходять переважно через брак інформації та для зняття певних психологічних проблем. Часто такі клієнти не потребують соціального супроводу, а лише разової допомоги чи консультації.

Найскладнішим, проте найпоширенішим різновидом сімей є ті, що виявляються шляхом інспектування за наданими державними органами та службами (відділами опіки й піклування, слу-

жбами у справах дітей, сектором ювенальної превенції, медичними закладами) списками. У таких випадках соціальні робітники самі приходять до клієнтів додому, вивчають ситуацію та пропонують свої послуги. До цієї групи зазвичай належать неблагополучні сім'ї, у яких є алко- чи наркозалежні члени або наявне безвідповідальне ставлення до дітей, насильство тощо. Такі сім'ї є невмотивованими щодо співробітництва із соціальними службами. Вони налаштовані неприязно, навіть вороже, і в багатьох випадках відмовляються від допомоги. Причини небажання спілкуватися із працівниками різні: недовіра до соціальних служб, зневіра в можливості розв'язання проблем, сором щодо оприлюднення проблеми, особливості характеру батьків тощо. За нашою типологією це дисфункційні сім'ї.

Застосування розробленої нами типології передбачає критерії і методи діагностики стосунків у сім'ї, а також різновиди, форми та технології роботи з ними. Виклад цього матеріалу надано в наступних розділах.

Оскільки порушення гармонійності сімейних стосунків завжди позначається на формуванні особистості дитини, то соціальний педагог, спостерігаючи за учнями, може визначити сім'ї, які потребують допомоги. Нагадуємо, що сім'я часто не усвідомлює, що їй потрібна допомога в налагодженні стосунків, але батьки погодяться, що обговорювати шляхи поліпшення поведінки дитини потрібно. Така ситуація часто складається в сім'ї, де батьки розлучилися. Тому розглянемо як окремий напрям соціальну реабілітацію дітей розлучення.

Реалії життя свідчать, що кожен третій шлюб розпадається. У половині випадків подружжя має дітей. Із практики відомо, що розлучення батьків вкрай негативно впливає на розвиток дітей. Це підтверджують і спеціальні дослідження. У дітей дошкільного віку відбувається регрес у розвитку. Зокрема, повертається нічний енурез, знижується саморегуляція тощо. У школярів різко погіршується навчальна успішність, дисципліна, підвищується агресивність, можуть з'явитися втечі з дому, крадіжки, хуліганство. Часто у дітей виникають психосоматичні розлади: біль у шлунку, безсоння, головні болі, фобії, загальна збудженість і рухова розгальмованість або, навпаки, депресія, апатія.

Проте розлучені батьки досить рідко усвідомлюють, що погіршення поведінки чи здоров'я дитини пов'язане з їхнім розлученням. Вони пояснюють це поганим характером, що формується в дитини, і намагаються "переламати" поведінку сина чи доньки. На жаль, це призводить до нових труднощів і проблем.

Соціальний працівник, який здійснює соціальний супровід сім'ї, де батьки розлучилися, має розуміти механізми виникнення девіацій у поведінці дітей. Це дасть можливість знайти шляхи попередження відхилень у розвитку особистості цих дітей і відновлення оптимального функціонування сім'ї вже в новому статусі – розлученої.

Розглянемо спершу, як сприймають діти той факт, що мама й тато розлучаються; які переживання виникають у них після усвідомлення того, що один із батьків іде із сім'ї. Оразу зауважимо, що із сім'ї може піти не лише батько, а й мати. Відомо, що кількість самотніх татусів зростає, проте в дев'яти випадках із десяти дитина залишається з матір'ю. Тому для лаконічності викладу замість формулювання "той із батьків, із ким залишилася проживати дитина" ми зазначатимемо "матір", цілком усвідомлюючи, що все те саме стосується й батька, якщо дитина залишається з ним.

Річ у тім, що дитина переживає цю ситуацію не лише як розлучення мами й тата, а насамперед як своє розлучення з батьком. Діти ще не можуть збагнути, що їхня любов до обох батьків перекреслена стосунками між батьками. Навіть якщо дитина й розуміє, що мама й тато часто сваряться, навіть якщо й усвідомлює те, що вони більше не люблять одне одного, – усе одно в неї виникає запитання: "Чому він іде від мене? Тато може жити в іншій кімнаті. У нього ж є я!". Коли дитині кажуть, що тато переїздить жити в інше місце, то батьки знають, що це відбувається через їхні суперечності та сварки. Дитина ж сприймає це так, що батько покидає її. До суму щодо втрати батька додається біль від усвідомлення, що вона сама не дуже важлива й недостатньо любляча, щоб зуміти утримати батька вдома, незважаючи на його сварки з матір'ю.

Іншим механізмом виникнення девіантної поведінки дітей унаслідок ситуації розлучення є вплив відчуття страху. Будь-яка

радикальна зміна лякає дитину, викликає в неї почуття беззахисності. Дитина розуміє, що відбувається щось страшне й кардинальне, що вона ніяким чином не може вплинути на ці події. Основний страх дітей у ситуації розлучення – це після батька втратити ще й матір. Страх, який відчувають діти цілком свідомо, базується насамперед на шокуючому відкритті про плинний характер кохання. "Мама й тато не розуміють одне одного, багато сваряться й не кохають більше один одного, як кохали раніше..." – так або приблизно так пояснює більшість батьків дітям причини розлучення. Немає нічого простіше, ніж уявити собі логіку міркувань дитини: "Якщо мама не любить більше тата, іде від нього (або виганяє його геть), хто знає, може, завтра чи післязавтра вона так само не любитиме мене й так само піде від мене (або відішле геть від себе)". Дитина зі страхом пригадує, як часто вони з мамою сваряться, а оскільки саме сварки, імовірно, і призвели батьків до того, що вони більше один одного не люблять, то жахливі передчуття охоплюють дитину й не дають спокою.

Ще одне з типових почуттів, що відчувають діти внаслідок розлучення, – туга і тривога за того з батьків, який залишив сім'ю. Дитина думає: "Як там зараз тато один у своїй новій квартирі? Хто його радісно зустрічає тепер, коли він приходить із роботи? Із ким він тепер грається в машинки, адже він так любив зі мною в це гратись...". Особливо болісно діти переживають розлучення батьків у тому випадку, коли ця подія відбувається раптово, тобто без попереднього розладу в житті сім'ї. Якщо батько любить дітей, спілкується з ними, то хлопчик завжди ідентифікує себе з батьком, а дівчинка ніжно любить тата, формуючи в уяві образ свого майбутнього чоловіка. Механізм ідентифікації, як відомо, є ключовим у соціалізації дітей.

Наступним негативним наслідком ситуації розлучення батьків є виникнення в дитини почуття сорому. Це здебільшого притаманне вже дітям шкільного віку. Відомо, що у суспільній свідомості чітко закарбовано стереотип "росте без батька", – тобто не дивно, що дитина погано вчиться й погано поводить. Тому часто дитина розлучення намагається приховати, що в неї немає повноцінної сім'ї, і починає звикати до того, що з нею "не все гаразд".

Отже, для дитини ситуація в сім'ї після розлучення батьків є кризовою. Проте батьки не усвідомлюють цього і здебільшого не замислюються над тим, як зарадити ситуації, що склалася. Це має свої причини. Насамперед треба зважати на те, що батьки (принаймні той із них, що залишився з дитиною) самі переживають кризу в період розлучення, адже факт руйнування сім'ї – це втрата надій, відчуття загубленості, життєвого краху. Мати (нагадаємо, що для зручності викладу ми вважаємо, що дитина залишається з матір'ю) відчуває образу, а то й ненависть до колишнього чоловіка, страх перед майбутнім. Часто вона зазнає матеріальних труднощів, подвійного навантаження й нестачі часу, її пригнічує почуття сорому та провини за те, що не вдалося зберегти сім'ю. Травма дитини посилюється тим, що безпорадність і труднощі, які переживає після розлучення сама мати, роблять її дратівливою, непослідовною, емоційно нестійкою і часто несправедливою до дитини. Отже, у той час, коли діти найбільше потребують уваги, підтримки й розуміння з боку матері, вона найменше здатна на це. До того ж до психологічних проблем матері додається ще й соціальна дискримінація. Розлучені жінки та їхні діти сприймаються зневажливо, що може приховуватися за надмірно співчутливим і поблажливим ставленням. Це часто призводить до соціальної ізоляції: на культурні заходи чи розваги не вистачає часу та грошей, а сім'ї, із якими дружили разом із чоловіком, поступово віддаляються. Зниження економічного рівня та відчуття дискримінації виникають саме тоді, коли виникає підвищена потреба в радощах і підтримці. Проте жінці доводиться якраз у цей час почуватися все більше ізольованою та самотньою.

Одним із провідних завдань батьків є знайти в собі сили спокійно та зрозумілою для дитини мовою обговорити з нею причини й обставини розлучення; детально пояснити дитині те, як складатиметься її подальше життя, яким чином вона буде спілкуватися з батьком, тобто все те, що її непокоїть. Зрозуміло, найкраще буде, якщо цю розмову з дитиною батьки проведуть разом, попередньо узгодивши між собою свої позиції. Для цього батьки мають усвідомити, що розлученням вони вже поховали

свої сімейні конфлікти, а тепер мають заново скооперуватися задля виховання дитини.

Переживання дитиною кризи розлучення може бути пом'якшено за надання їй, так би мовити, "першої допомоги". Сутність такої допомоги полягає в тому, щоб терпляче та з доброзичливим розумінням вислуховувати дитину, дати їй можливість висловити всі свої страхи та весь свій біль. Не треба шкодувати на такі розмови ні часу, ні душевних сил. Навіть якщо гнів дитини, відчуття провини, сорому та страху здаються дорослим безпідставними, не можна заперечувати їх, а тим більше глузувати із цього чи сердитися. Найбільш небезпечним буде такий розвиток подій, за якого дитина замкнеться, тобто перестане довіряти дорослим. Зрозуміло, що батькам, які в період розлучення занурені у власні проблеми, не завжди вдається це зробити. У цьому разі й виникає необхідність соціальної реабілітації, тобто дитині може допомогти психолог, соціальний педагог або інша людина, якій дитина довіряє. За наявності таких фахівців батьки, які планують розлучитися, мають звертатися до них по допомогу.

Якщо сім'я звертається до соціальних служб самостійно із проханням допомогти у розв'язанні психологічних проблем (постійні конфлікти, насильство, алкоголізм, девіантна поведінка дитини тощо), то роботу з її членами доцільно починати з консультування. Консультування зазвичай включає чотири основні етапи:

- 1) створення психологічно комфортної атмосфери, установлення контакту;
- 2) визначення провідних проблем сім'ї;
- 3) зміна поглядів членів сім'ї на провідні проблеми (етап тлумачення);
- 4) завершальний етап – формування у клієнтів настанови на продовження спільної роботи.

Інколи ці етапи накладаються один на одного, до того ж різні члени сім'ї можуть проходити їх із різною швидкістю.

Перший етап зазвичай займає перші 10–20 хв зустрічі. Члени сім'ї визначаються з тим, наскільки комфортно є оточуюча обстановка. Члени сім'ї можуть бути скутими або, навпаки, надто балакучими, залежно від того, як їм вдається впоратися зі станом тривоги.

У ході першої бесіди консультант має допомогти сім'ї опанувати тривогу. У сім'ї або в парі, яка проходить консультування, кожен із членів може зазнавати різного ступеню тривожності. Ступінь тривожності, якого зазнає клієнт, – один із важливих факторів готовності працювати під час консультування. Тривожність має як негативні, так і позитивні наслідки. Надто сильна тривожність може так паралізувати людину, що вона не в змозі буде поводитись адекватно або навіть осмислено. Надто слабка тривожність не створює мотивації до змін. Справжні зміни відбуваються лише за оптимального рівня тривожності.

Особливості поведінки членів сім'ї, які звернулися по допомогу, вказують на те, як вони намагаються подолати психічне напруження. На початковому етапі консультування добре помітні сімейні альянси, коаліції, "трикутники" і спроби пов'язати всі проблеми сім'ї з одним із її членів. Якщо член сім'ї, який звернувся по допомогу, уже вважає, що проблему варто розв'язувати конкретно, то консультант має враховувати, яку роль він відіграє у сім'ї і якими є його стосунки з іншими її членами. Поведінка членів сім'ї на початку консультування також свідчить про те, наскільки вони готові до змін.

Варто звернути увагу, як члени сім'ї розташовуються одне відносно одного, а також відносно консультанта. Не треба втручатися у цей процес. Уже в перші хвилини зустрічі, спостерігаючи за їхнім розміщенням, консультант може оцінити стосунки членів сім'ї та висловити припущення щодо причин, які привели їх на консультацію.

У ході першої консультації варто створити атмосферу, яка:

- сприятиме виникненню довіри та відкритості з боку клієнтів;
- допоможе сім'ї повірити в успіх консультування;
- буде вільною від відволікаючих факторів;
- дозволить побачити клієнта таким, яким він є.

Це дасть змогу висунути попередні гіпотези щодо самих клієнтів (сім'ї загалом) і ситуації, у якій вони опинилися.

Можна почати консультування з кількох простих, чітко сформульованих запитань, наприклад запитати, як би вони хотіли, щоб до них зверталися. Розпочинати бесіду варто нейтрально, наприклад "Я вас слухаю", поставити невизначене, відкрите

запитання: "Що вас сюди привело?" або "Із чого почнемо?". Такі формулювання ні до чого не зобов'язують. Слово "проблема" використовувати не слід. Це дозволяє створити у членів сім'ї відчуття психологічного комфорту та можливості брати участь у сесії в тій формі, яка для них є найбільш прийнятною. Питання психологічної безпеки й довіри до соціального працівника є на цій стадії найважливішими.

Етап установлення контакту займає відносно небагато часу. У звичайній практиці потрібно 10-15 хв бесіди, щоб визначити, наскільки клієнт готовий розкритися.

На етапі активного слухання відбувається прояснення, розуміння членами сім'ї самих себе, але не варто очікувати, що після цього одразу щось зміниться. Механізм трансформації тільки запущено в дію попередніми процесами розуміння, що відбулися внаслідок перефразування.

Процес консультування надає можливість спільного обговорення тієї чи іншої теми. Якщо члени сім'ї до цього не звикли, то соціальний працівник має допомогти їм діяти конструктивніше.

Часто на початку роботи більшість членів сім'ї не вважають, що зазначена ними проблема стосується всієї сім'ї загалом. Вони приходять, зазвичай не знаючи, навіщо їх запросили, особливо якщо вважають, що проблема пов'язана з якимось одним членом сім'ї. Готовність сім'ї продовжувати спільну роботу значною мірою визначається тим, наскільки консультант зміг допомогти членам сім'ї усвідомити принцип функціонування сім'ї як системи.

Аналізуючи мотиви звернення за консультацією, важливо встановити зв'язок між завданнями соціально-психологічного консультування та розв'язанням юридичних, економічних, медичних та інших проблем сім'ї. Досвід показує, що консультування може не бути дієвим, оскільки проблеми сім'ї можуть бути обумовлені зовсім не психологічними і не соціальними факторами.

Перший етап багато в чому визначає подальший хід консультування. Зазвичай саме на першій зустрічі члени сім'ї вирішують, чи продовжуватимуть вони консультативну роботу. Сім'я погоджується на подальші зустрічі тоді, коли досвід участі в першій зустрічі є для її членів позитивним.

Важливою задачею другого етапу сімейного консультування є визначення основних проблем сім'ї. Лише за цієї умови можлива подальша допомога членам родини прийти до нового розуміння їхньої сутності та шляхів розв'язання проблем. Соціальний працівник має допомогти сім'ї зрозуміти, яким чином їхні особисті проблеми або наявні в окремих членів сім'ї поведінкові порушення впливають на ситуацію в сім'ї загалом. Це дозволяє членам сім'ї сприйняти себе в ширшому контексті та зрозуміти, чим є їхня сім'я. Після цього вони поступово доходять розуміння того, яким чином могли б розв'язати власні внутрісімейні проблеми.

Для початкових етапів консультування найхарактернішою є спроба членів сім'ї зв'язувати проблеми сім'ї з кимось одним із них. Важливе завдання фахівця – адекватно визначити, яка проблема привела їх на консультацію. Чим сильніше члени сім'ї занепокоєні характером своїх стосунків і не впевнені у своїх силах, тим складніше їм буде розібратися у власних потребах та інтересах. Консультант має оцінити сімейні проблеми із системних позицій. Із кожною подальшою зустріччю члени сім'ї звикають швидко переходити до обговорення сімейної ситуації, а не окремого члена сім'ї. Паралельно із цим вони починають охочіше ділитися своїми думками й інтересами та говорити про сім'ю загалом. Подібні зміни поведінки членів сім'ї свідчать про перехід на наступний, третій етап роботи. Його провідною рисою є те, що члени сім'ї засвоюють новий погляд на сімейні проблеми й усвідомлюють, яку роль вони відіграють у їхніх стосунках.

Починаючи з'ясування того, у чому члени сім'ї вбачають свою основну проблему, консультант водночас намагається змінити їхні погляди й допомогти усвідомити необхідність спільної роботи з метою розв'язання сімейних проблем.

Консультант повинен звертати увагу на таке:

- хто із членів сім'ї із самого початку сформулював її основні проблеми;
- як члени сім'ї взаємодіють одне з одним і як вони реагують на консультанта;
- хто з них докладає найбільших зусиль для того, щоб розв'язати сімейні проблеми;

- хто з них здатний описати консультантові найхарактерніші особливості сім'ї.

Третій етап – етап тлумачення – є спільною роботою соціального працівника і членів сім'ї. Він не має зводитися до того, що консультант визначає модель змін і передає її готовою членам сім'ї. Соціальний працівник має формулювати свої висновки у формі припущень, пропонувати можливі варіанти та спостерігати за реакцією клієнтів. Усі висновки, що стосуються сім'ї загалом або характеру її окремих членів, є гіпотезами, а істинність гіпотези перевіряється тим, як вона впливає на клієнтів. Соціальний працівник має бути здатним розуміти значення реакції клієнта на його припущення. Якщо той погоджується із тлумаченням консультанта, то цей варіант можна брати за основу подальшого процесу консультування. Якщо припущення не викликає ніякої реакції і залишає клієнтів байдужими, то варто від нього відмовитися. Коли ж клієнти бурхливо протестують проти запропонованого тлумачення, вважаючи його абсолютно неправильним, то можна припустити, що якраз воно і є правильним, і соціальний працівник наблизився до суті проблеми. Якщо вдається поцілити точно, то клієнт зазвичай здається і визнає правоту консультанта, незважаючи на бурхливий опір спочатку.

Третій етап сімейного консультування характеризується тим, що члени сім'ї усвідомлюють необхідність спільної роботи. Це дозволяє успішніше розв'язувати як індивідуальні, так і групові (сімейні) завдання. На цьому етапі члени сім'ї поступово долають тенденцію звинувачувати якогось її окремого члена, а також свою реактивну поведінку. Вони здебільшого усвідомлюють відповідальність за свою поведінку, а також те, що сім'я є для них важливим ресурсом. Наприкінці цього етапу значно знижується тривога та суперечливе ставлення до консультування, а сам соціальний працівник втрачає у їхніх очах статус людини, яка має дати готовий рецепт розв'язання сімейних проблем.

Цей етап є найвідповідальнішим. Він супроводжується активнішим використанням зовнішніх ресурсів сім'ї, зміною уявлень її членів про сімейні проблеми та появою у сім'ї нових можливостей. У цей період члени сім'ї починають краще розуміти те, що відбувається в сім'ї. Те, що було приводом для звернення по

консультацію, поступово втрачає свою значущість. Деякі сім'ї в цей період завершують консультування, що є передчасним, оскільки внутрішньосімейні стосунки ще недостатньо стабілізувалися. На цьому етапі важливе завдання соціального працівника – допомогти сім'ї визначити завдання подальшої роботи, зокрема в напрямі відкритості сім'ї. Він має активно використовувати запитання, які допомагають членам сім'ї визначати різні зв'язки як між ними, так і між їхнім соціальним оточенням. Обговорення стосунків із найближчими й дальніми родичами також сприяє розв'язанню завдань консультування. Наприклад, якщо вдалося стабілізувати стосунки батьків і дітей, то можна звернути особливу увагу на стосунки батьків із членами розширеної сім'ї.

Важливо, щоб соціальний працівник зміг зорієнтувати членів сім'ї на розв'язання нових питань. Системний підхід підкреслює необхідність надходження до сімейної системи нової інформації, яка допомагає їй краще зрозуміти як особливості своєї організації, так і свої стосунки із зовнішнім світом. Чим більш дисфункційною є сім'я, тим менше інформації до неї надходить. Зазвичай сім'ї, які переживають серйозний внутрішній конфлікт, мають обмежені внутрішні ресурси. Їхні члени витрачають основні зусилля на те, щоб змусити інших брати до уваги їхні інтереси й потреби, ігноруючи при цьому інтереси та потреби інших, що веде до подальшого нарощування конфлікту. Якщо ж члени сім'ї починають активніше встановлювати зв'язки із зовнішнім світом, то вони можуть залучати нові ресурси. Завдяки цьому їхні взаємні вимоги послаблюються. Установлення різноманітних зв'язків із зовнішнім світом є настановою сім'ї на подальшу роботу.

Завершальний етап. Заклучна бесіда є і для консультанта, і для сім'ї дуже важливою. Вона дозволяє фахівцеві оцінити ефект консультативного процесу загалом і закріпити позитивні зміни, досягнуті в ході роботи. Заклучна зустріч будується так, щоб членам сім'ї дати змогу обмінятися своїм досвідом співпраці із соціальним працівником. Дуже важливо, щоб вони оцінили успішне розв'язання своїх старих проблем і зуміли підвищити свою здатність до розв'язання нових.

4.2. Соціальна реабілітація сімей у складних життєвих обставинах

Зрозуміло, що кожна сім'я потребує індивідуального підходу відповідно до її проблем. Водночас соціальний працівник має знати найрозповсюдженіші варіанти проблем і дисфункцій, що виникають у різних типах сімей, і розробляти підходи до роботи з ними. Наприклад, сім'я, де є важкохворий, є проблема насильства або адикції, має специфічні параметри, що зумовлюють певні напрями й закономірності соціальної роботи з нею.

Якщо визначення "малозабезпечені", "багатодітні", "сім'ї, де є особи з інвалідністю або важкохворі", не викликають ускладнень, то сім'ї, які перебувають у складних життєвих обставинах, потребують критеріїв для їхнього визначення. Такими критеріями є: походження складної ситуації, усвідомлення проблеми, вмотивованість, ресурсність сім'ї, конкретизація проблеми, прогнозування результату.

1. *Походження складної ситуації.* До сімей СЖО можна віднести лише такі, де причиною проблем є зовнішні обставини. Зовнішні обставини можуть бути спричинені політичною (війна, теракт), економічною (безробіття унаслідок скорочення штатів, втрата майна), природно-техногенною (стихійне лихо, катастрофа) ситуацією тощо. Зовнішні обставини є об'єктивними, вони не залежать від людини та її сім'ї.

2. *Усвідомлення наявної проблеми.* Сім'ї СЖО, проблеми яких детерміновані зовнішніми обставинами, чітко усвідомлюють наявність проблеми, натомість дисфункційні сім'ї заперечують існування у них певних проблем.

3. *Вмотивованість* означає готовність розв'язувати проблеми. Мотиви звернення по допомогу є адекватними наявній проблемі. Звернення не зводиться до отримання матеріальної чи гуманітарної допомоги, пільг тощо. Сім'я намагається отримати необхідну інформацію, психологічну підтримку. Сім'я СЖО самостійно звертається до соціальних служб, активно шукає можливості розв'язання проблеми в ході продуктивної співпраці із соціальним працівником.

4. *Ресурсність сім'ї* включає насамперед стосунки між членами сім'ї, а також знання, навички, духовні й матеріальні цінності. Оскільки детермінантами СЖО є лише зовнішні обставини, то внутрішньосімейна ситуація, навпаки, є гармонійною і сприятливою для розв'язання проблем. Труднощі і складні життєві обставини згуртовують таку сім'ю, поглиблюють емоційний зв'язок і підтримку. Наявність духовного потенціалу дає змогу такій сім'ї сприймати життєві негаразди як випробування, що є поштовхом до особистісного зростання.

5. *Конкретизація проблеми*. Якщо сім'я справді належить до СЖО, то її наявна проблема завжди конкретно виражена. У дисфункційних сім'ях одна проблема є частиною іншої. Сім'ї СЖО здебільшого можуть чітко визначити ключову проблему на тлі загального гармонійного функціонування, натомість дисфункційні сім'ї не здатні до такого, їхні проблеми є слабокоусвідомлюваними й розмитими.

6. *Прогнозування результату*. Сім'я СЖО здатна прогнозувати результат співпраці із соціальними службами. Функція прогнозу в них на високому рівні. Здебільшого така сім'я вже має свої варіанти розв'язання проблеми й узгоджує їх із баченням соціального працівника. Разом зі здатністю прогнозувати результат співпраці із соціальними службами виступає ще й параметр часу: у ході обговорення плану дій доцільно й цілком можливо спрогнозувати часові межі, що необхідні для отримання бажаного результату. Натомість негативна життєва ситуація дисфункційної сім'ї є хронічним процесом, тут проблеми не розв'язуються роками.

Сім'ї, де є особи з інвалідністю або тяжкохворі, досить часто належать до таких, що потребують допомоги соціальних служб. Розуміння сутності соціально-психологічної ситуації в тих сім'ях, де є діти з особливими потребами, і сім'ях, яких спіткала серйозна хронічна хвороба когось із членів, необхідно для надання їм диференційованої адекватної допомоги. Виходячи з розуміння життєвого циклу та його варіацій, пов'язаних із хворобою, розглянемо модель пристосування сім'ї до хронічної хвороби, яка бере до уваги характеристики хвороби і їхній перетин із життєвим циклом сім'ї.

Зміст дефекту: хвороба може вплинути на інтелектуальні здібності (синдром Дауна, олігофренія, хвороба Альцгеймера), здатність до пересування (інсульт, автокатастрофа, дитячий церебральний параліч), чуттєве сприйняття (сліпота), створити стигму (СНІД) або спотворити зовнішність (опіки). Термін, ступінь і тип дефекту значно впливають на ступінь стресу сім'ї.

Сім'я, що зіткнулася із хронічною хворобою, вимушена зберігати подібність нормального життя, перебуваючи в постійній невпевненості. Хронічна хвороба одного із членів сім'ї може порушити кар'єрні й життєві плани інших її членів і таким чином призвести до загострення стосунків. Щоб адаптуватися до термінальної фази хвороби, сім'я має перейти від спроб контролю над хворобою до можливості "відпустити" хворого. Сім'ю, яка адаптувалася до цієї фази, характеризує здатність виконувати багато практичних завдань і водночас відкритість до досвіду помираючої людини.

У разі хронічного захворювання слід розуміти, що вимоги, які висуває хвороба, можуть серйозно суперечити особистим цілям членів сім'ї. Оптимальним було б зберігати рівновагу між забезпеченням потреб хворого й досягненням особистих цілей, але це не завжди можливо. Тому для соціального працівника важливо знати, які особисті або сімейні плани членам сім'ї довелося змінити, скасувати або відкласти через діагноз; на які з них діагноз вплинув найбільше, на які – менше. Розпитуючи сім'ю про те, де та за яких умов можуть бути здійснені плани, які зараз відкладено або скасовано, соціальний працівник може прогнозувати майбутні кризи розвитку, пов'язані з незалежністю від хронічної хвороби і підпорядкуванням їй.

Залежно від природи і важкості порушень у дитини та реакції на них сім'ї етапи розвитку сім'ї зазнають певних змін. До деяких сімей взагалі неможливо застосувати моделі, які існують у теорії етапів розвитку сім'ї, оскільки їхній життєвий цикл визначається нестандартними подіями, які відбуваються в житті дитини.

Крім цього, сім'ї, яка стикається з порушеннями розвитку або невиліковними хворобами, доводиться переглянути свої погляди щодо того, хто й що може вплинути на хід подій. Соціальному працівнику слід з'ясувати уявлення сім'ї про те, що викликало

порушення або хворобу та що може вплинути на її результат. Корисно знати, чи вважає сім'я порушення в дитини своєю провиною, чиєюсь чужою провиною або випадковістю. Батьки хворої дитини можуть відчувати провину навіть тоді, коли вони ніяк не відповідальні за появу хвороби. Погляди сім'ї можуть вплинути на її реакцію на події, пов'язані з порушеннями, на пошук допомоги та ставлення до медичних і соціальних закладів. Покладання відповідальності на когось конкретно, відчуття провини й сорому можуть негативно вплинути на можливість сім'ї справитися із хронічною хворобою або порушеннями розвитку дитини.

Дослідження показали, що адаптація матерів до непропорційного (порівняно з іншими членами сім'ї) навантаження, яке вони витримують через догляд за хворою дитиною, тобто рівень пригніченості, задоволеності шлюбом і турботи про дитину, пов'язана зі здатністю їхнього партнера (тобто батька дитини) надавати як дієву, так і експресивну підтримку й допомогу. До дієвої підтримки належить допомога в безпосередньому догляді за дитиною та виконання домашніх побутових робіт. Експресивна підтримка – це суто емоційне включення до проблем дитини і тим самим до проблем сім'ї. Разом із цим те, наскільки добре батько виконує свою роль, також залежить від підтримки, яку надає йому дружина. Таким чином, визнається наявність динамічної взаємодії: пропонована подружня підтримка і потреби й очікування іншої сторони. Ідеться навіть не про обсяг підтримки, а про її взаємну узгодженість.

Коли та як батьки дізнаються про це, залежить від типу порушень. Наприклад, синдром Дауна стає очевидним одразу після народження. Інші стани, наприклад глухота, порушення розвитку мови або мислення, аутизм, виявляються пізніше. Крім того, порушення можуть виникнути внаслідок нещасного випадку або розвинутиися в дитини старшого віку.

Виявлення серйозної або хронічної хвороби часто викликає кризу та впливає на всю сім'ю. Безпосередніми реакціями є потрясіння, глибоке розчарування, тривога й депресія. Сприйняття порушень як втрати "нормальної" дитини може призвести до періоду скорботи, аналогічної скорботі в разі смерті члена сім'ї. Саме в цей період важкого стресу батьки змушені повідомити

про ситуацію іншим членам сім'ї, друзям і колегам. На цій стадії особливо інтенсивним є контакт батьків із лікарями і працівниками соціальної сфери. Сором і страх нерозуміння, які відчувають члени сім'ї, змушують сім'ю усамітнюватися саме тоді, коли їй особливо необхідна соціальна підтримка. Варто зазначити, що в батьків зазвичай є якісь очікування, пов'язані з "нормальним" проходженням дитиною життєвого циклу. Народження особливої дитини або поява в неї порушень завжди є несподіваною подією, яка руйнує нормальний перебіг життя, не відповідає очікуванням сім'ї та сприймається як травма.

У дошкільному віці дитини сім'я вперше стикається з усвідомленням хронічної природи порушень і з тим, що це означає для дитини та її близьких. Збільшується фізичне навантаження: дитину важче піднімати й носити. Збільшується емоційний тягар: батьки очікують закінчення періоду "немовлятка", а він все триває і триває. Найбільшу травму батькам і братам/сестрам особливої дитини спричиняє усвідомлення хронічної природи її стану, непевненість і тривога, які супроводжують думки про майбутнє.

Коли дитина йде до школи, це можна охарактеризувати як стадію "виходу на публіку": сім'я більше не може замикатися у власних межах і змушена взаємодіяти з оточуючим світом. Зусилля із пристосування до нової ситуації будуть потрібні від батьків, якщо з'ясується, що стан дитини не дозволяє їй відвідувати звичайну школу. Дитина може потребувати спеціальної освіти; можливо, це буде пов'язано з поїздками на значну відстань до відповідного навчального закладу. Батьки, якщо вони досі цього не зробили, мають продумати плани на майбутнє стосовно освіти дитини та її професії.

У підлітковому віці, тобто у період, коли діти вчаться самостійності й незалежності, коли підліток зазнає значних змін у своєму фізичному та психологічному "Я", дитині дуже важливо почуватися "як усі". Проте особлива дитина від народження не така, як усі, і відмінності стають "пороком". Додаткове джерело прикростей полягає у тому, що привабливість для осіб протилежної статі стає для підлітка дуже значущою. У підлітковому віці особливо важливою для всієї сім'ї стає реакція на дитину її однолітків, їхнє прийняття або відторгнення. Відторгнення одноліт-

ками вимушує особливу дитину почуватися самотньою і нікому не потрібною, що, у свою чергу, спричиняє стрес її батькам, братам і сестрам. Для сім'ї особливої дитини цей період може стати хворобливим нагадуванням про те, що їхня дитина не пройде цієї стадії життєвого циклу, вона приречена залишитися залежною від батьків до кінця життя.

Державна шкільна освіта допомагає дитині отримати певні знання і професійні навички, здійснює догляд за дітьми й навчає самостійності, звільняючи батьків для інших справ. Проте коли шкільна освіта закінчується, перед батьками постає складний вибір. Основним джерелом тривоги й неспокою стає майбутнє дитини. Цей вибір може бути додатково звужений не лише можливостями дитини, а й невеликим діапазоном професійних можливостей і умов роботи в місцевості проживання.

Сім'ї, де є проблема інвалідності або тяжкої хронічної хвороби, мають бути поінформовані, що можуть отримати допомогу від фахівців різних соціальних професій, насамперед психологів і соціальних працівників. Членам сім'ї необхідно навчитися як використовувати наявні ресурси, так і пристосовуватися до ситуацій, які неможливо змінити. Наприклад, сім'ї, яка присвячує всі сили пошуку ліків від синдрому Дауна, необхідно допомогти змінити напрям її зусиль.

Деяким сім'ям потрібна не лише психологічна, а насамперед матеріальна допомога, захист їхніх соціальних інтересів. Фахівці мають допомагати сім'ї у створенні нових ресурсів і розвитку власних *структур можливостей*. Іноді зовнішні фактори є настільки вагомими, що втручання на сімейному рівні не має сенсу. Наприклад, ніякі сімейні консультації не можуть перебороти бідність і злидні, які залежать від соціальних факторів, тут потрібна широка зміна соціального контексту. Проте якщо всі соціальні структури працюють нормально, а сім'я зазнає стресу, дисгармонії в подружніх стосунках і серйозних проблем із комунікацією, батьки не можуть позбавитися відчуття провини, сорому, тривоги і суму, то можуть бути показані індивідуальна психотерапія або сімейна терапія.

Питання про те, чого саме потребує сім'я, останнім часом все більше переходить до повноважень самої сім'ї. Останні зміни в

законодавстві та політиці щодо медичного лікування особливих дітей, соціальної роботи, освіти тощо спрямовані на перехід до сімейно-орієнтованих моделей. Більше того, спостерігається рух від простого сімейно-орієнтованого підходу до включення в коло втручання соціального оточення, у якому живе сім'я.

4.3. Соціальна реабілітація дітей з девіантною поведінкою

Якщо йдеться про соціальну реабілітацію дитини з девіантною поведінкою, то ініціатором такої роботи є батьки або особи, які їх замінюють. На зустрічах із батьками слід насамперед роз'яснити можливі цілі й завдання реабілітаційної роботи. Одним із важливих завдань є орієнтування батьків у структурі й умовах реабілітаційного процесу, пояснити необхідність психологічного обстеження дитини, сформулювати настанову на спільний і різнобічний аналіз її проблем. Окремих пояснень потребує також направлення дитини до інших спеціалістів на консультацію.

Після всебічного вивчення ситуації доцільно проводити бесіду з батьками за таким планом (бесіду бажано проводити з обома батьками, оскільки це дозволяє фахівцю отримати більш різнобічну картину життя дитини, а батькам – відчувати спільну відповідальність за її долю):

1. На початку бесіди слід заохотити батьків до вільного, відвертого обговорення проблем дитини і з'ясування тих питань, які для них є важливими. Необхідно з'ясувати їхні уявлення про причини труднощів у вихованні чи відхилень у поведінці дитини й засоби їх усунення; думку про те, які цілі можна ставити перед дитиною, на яке майбутнє її орієнтувати. Після цього соціальний працівник працює з дитиною, зазвичай за схемою психологічного обстеження. Якщо дитина старша шести років, то її обстеження слід проводити в ході окремої зустрічі, а бесіду з батьками – за відсутності дитини.

2. Докладне обговорення загального стану психічного розвитку дитини, характеру, ступеню і причин виявлених ускладнень, умовно-варіантного прогнозу. На цьому етапі варто по-

відомити результати психологічного обстеження. Конкретні результати допоможуть подолати неправильні уявлення батьків про характер і ступінь ускладнень у дитини. Слід прагнути напрацювання реалістичного уявлення про труднощі дитини. Корисно дати батькам на руки висновок за результатами обстеження дитини, написаний зрозуміло, або дати їм змогу самостійно записати висновки психологічного обстеження – це сприятиме їхньому свідомому осмисленню проблеми та спонукатиме шукати шляхи допомоги, виходячи з отриманої інформації.

3. Спільне розроблення системи конкретних заходів допомоги або спеціальної реабілітаційної програми.

4. Обговорення проблем батьків, їхнього ставлення до проблем дитини.

5. Планування подальших зустрічей і розроблення моніторингу програми реабілітаційної роботи (за потреби).

На всіх етапах реабілітаційної роботи соціальний працівник має прагнути звільнити батьків від тяжких почуттів, стимулювати їхню увагу до позитивних аспектів проблеми і активний пошук можливих шляхів її розв'язання.

Важливо розуміти, що неправильні уявлення батьків, які склалися ще до звернення в соціальну службу, виявляються зазвичай захистом від неприємних переживань. Для того щоб їх зруйнувати, потрібно кілька зустрічей. Отже, у процесі консультування соціальний працівник контактує з батьками кілька разів: у ході короткої первинної бесіди при запису; у докладній бесіді щодо історії розвитку дитини; при обстеженні дитини (якщо дитина молодша шести років або якщо вона відмовляється від спілкування з консультантом за відсутності батьків) і, нарешті, у ході заключної зустрічі за результатами обстеження. Кожна із цих зустрічей має свої загальні та специфічні завдання і особливості. Якщо консультування здійснює соціальний педагог, то, за необхідності, він проводить повторне консультування не лише батьків, а й учителів. У цьому разі для реабілітаційних заходів доцільні багаторазові зустрічі та тривала робота як із сім'єю, так і зі шкільним оточенням дитини, насамперед із вчителями.

Часто батьки звертаються по допомогу через такі негативні вияви поведінки дітей, як неслухняність, агресія, брехня, кра-

діжки. Це може бути в будь-якій сім'ї, але найчастіше відбувається із прийомними дітьми.

Прийомні сім'ї у майбутньому мають стати основною формою життєвлаштування дітей, позбавлених батьківського піклування. Тут варто нагадати, що основна відмінність прийомних сімей від сімей усиновлювачів полягає в тому, що діти знають своїх біологічних батьків. Ідеться насамперед про дітей, які були вилучені із соціально неспроможних сімей або самі втекли із сім'ї через жажливі умови життя.

Виховання дитини, яка день за днем виявляє неслухняність, обманює, утікає, демонструє агресивність та/або гіперактивність, може бути болісним і виснажливим заняттям. Батьки, яким доводиться мати справу із вкрай складними поведінковими виявами своїх дітей, часто почуваються виснаженими та у відчаї. Вони починають шкодувати, що стали прийомними батьками, почуваються невідповідними й ненавидять себе в цій ролі. Результати діагностичного обстеження матерів, які виховують усиновлених дітей з особливими потребами (США), свідчать, що 77 % таких матерів повністю або частково погодилися з тим, що з моменту усиновлення дитини вони відчують гнів частіше, ніж будь-коли до того у своєму житті. Згідно із традиційним підходом, ці діти стали "майстрами провокації", вони вміють "смикати за мотузки" своїх батьків і провокувати їхній гнів. Замість того, щоб брати участь у житті сім'ї, такі діти спостерігають за іншими членами сім'ї та їхніми стосунками, щоб намацати ті "мотузки", за які можна буде смикнути в доречний момент. Згідно із традиційним поглядом через такі провокації батьки стають жертвами насильства у себе вдома. Щоб зрозуміти цю реакцію батьків на важких дітей, слід звернутися до концепції про рівні пам'яті. Можна виокремити чотири рівні пам'яті: когнітивна, емоційна, моторна та ситуативна. Усі травми зберігаються саме на рівні ситуативної пам'яті – це справедливо і для травматичних переживань дитини, і для ранніх травматичних переживань батьків. Гнів і ворожість допомагають батькам знизити рівень нав'язливих переживань, які зберігаються в їхній пам'яті, але це знижує їхню здатність будувати позитивні стосунки.

Кожного разу, коли хтось із оточуючих бачить ускладнення у вихованні дітей, прийомні батьки відчують сором і страх, що вони не справляються із покладеним завданням. Щоразу, коли вони почуваються невинними батьками, вони наражаються на страх, що не в змозі відповідати цьому покликанню. Це запускає їх униз по спіралі внутрішньої петлі негативного зворотного зв'язку. Для того щоб розірвати цю петлю негативного зворотного зв'язку, батьки мають усвідомити свою реакцію страху й контролювати свій гнів. Перше запитання, яке має поставити собі батько/мати: "Із чим гнівом (страхом) ми тут маємо справу?". Батьки повинні мати мужність усвідомити свої емоційні рани, щоб бути здатними допомогти прийомній дитині загоїти її рани. Зробити це може бути дуже страшно. Проте якщо батьки не готові перебороти свій страх, то не варто очікувати, що дитина розкриється емоційно.

Якщо батьки зможуть перебороти свої страхи, то вони зможуть прийняти й біль дитини та створити для неї атмосферу емоційної безпеки – атмосферу, де гнів приймається, але не сприймається особисто. Роблячи так, батьки виходять за межі традиційної моделі, де вважається, що дитина зумисне створює напруження у стосунках, щоб тримати батьків на відстані, навмисно "смикає за мотузки" оточуючих її людей. Як тільки дитина отримає дозвіл "бути злою" і можливість зрозуміти, що її приймають у її гніві, оборонні стіни почнуть руйнуватися. Якщо батьки зрозуміють, які саме асоціативні зв'язки активізуються негативною поведінкою дитини, то їхній гнів, викликаний необхідністю протидіяти, автоматично стихне. Батькам більше не доведеться "тиснути" на дитину, вони перебуватимуть у стані любові, щоб відповідати на потреби дитини й бути емоційно відкритими для неї.

Тут варто зазначити, що втрата біологічних батьків і входження до прийомної сім'ї саме по собі є травмою, навіть якщо інших травмувальних факторів при цьому не було.

Намагаючись зрозуміти прийомних дітей, які пережили травму, батьки мають усвідомлювати, що глибоко всередині вони перебувають в емоційному стані страху. А зовні це виявляється як гнів, неслухняність, крадіжки, вбивство тварин, розпалюван-

ня пожеж тощо. Щоб змінити ці моделі поведінки, треба найперше усунути страх. Коли ми зможемо допомогти дитині побороти страх, то й моделі поведінки, засновані на ньому, зникнуть.

Умовами успішності соціальної реабілітації є задоволення базових соціальних потреб дитини та відповідність програми реабілітації до типу соціальної дезадаптації дитини.

Критерії визначення сприятливої соціальної ситуації розвитку дитини полягають у визначенні ступеню задоволення її базових соціальних потреб. Соціальна ситуація розвитку дитини має оцінюватися відповідно до створення сприятливих умов для задоволення не тільки її вітальних, а й базових соціальних потреб. Ступінь задоволення кожної з базових соціальних потреб дитини слід розглядати як критерій сприятливої соціальної ситуації розвитку.

Зрозуміло, що соціальні потреби дитини можуть задовольнити насамперед батьки, а в міру її дорослішання – педагоги, інші значущі дорослі й однолітки. Створюючи реабілітаційну програму, психолог та соціальний працівник обов'язково мають перевіряти, наскільки умови життя дитини сприятимуть задоволенню її базових соціальних потреб. Якщо всі шість базових соціальних потреб будуть задоволені, то відхилення в особистісному розвитку зможуть виправлятися спонтанно, навіть без консультативної та тренінгової роботи.

Потреба в безпеці. Дитина народжується абсолютно беззахисною, і тільки дорослі можуть надати їй умови для виживання, тобто фізичну безпеку. Проте не менш важливим є відчуття дитиною психологічної безпеки – упевненості в тому, що батьки її люблять і ніколи не покинуть. Задоволення (чи незадоволення) цієї потреби починається ще до народження. Сучасні наукові дослідження доводять, що дитина відчуває ставлення матері до себе ще до народження: любить вона її чи ні, чекає її народження з радістю, упевненістю, чи із тривогою, страхом тощо. Дитина, яку бажали і любили ще до народження, буде розвиватися більш гармонійно, ніж та, якої не хотіли, на яку не звертали увагу чи навіть намагалися позбутися.

Щоб задовольнити потребу дитини в безпеці, потрібно забезпечити їй відчуття стабільності. Дитина, тим паче маленька, кон-

че потребує, щоб в неї був усталений порядок життя: постійне помешкання, близькі люди, що її оточують, а головне – батьки.

Любов і злагода в сім'ї, упевненість у непорушності сімейного вогнища є тією основою, на якій будується емоційно врівноважена, гармонійна особистість. Отже, потреба в безпеці складається із фізичної безпеки (наявність їжі, дах над готовою, захист від зовнішніх небезпек тощо) і психологічної (упевненість у любові батьків, злагоді в сім'ї, відчуття опори в інших людях, передусім у своїх батьках).

Потреба у визнанні. Виявити себе і втілити свої можливості в життя дитина може, якщо хтось помічає її здібності, радіє їм, цінить їх, говорить з дитиною про її можливості (тим самим підтверджуючи, що він їх бачить, визнає і ставиться до них серйозно). Діти очікують цього від значущих для них осіб, насамперед від батьків.

Потреба в безумовній любові полягає в тому, щоб бути для когось цінним, значущим, посідати певне місце в житті та серці цієї людини. Це потреба у виявах любові й ніжності, доброму і м'якому ставленні, присутності люблячої істоти, коли людині погано тощо. Для дитини, зокрема, це потреба в тому, щоб її тримали на руках, пестили й обнімали.

Звісно, девіантна поведінка дітей здебільшого може викликати у батьків негативні почуття, проте не варто зосереджуватися на тому, що у дітях не подобається. Розуміння того, що девіантна поведінка є, по суті, воцанням про допомогу, спонукає дорослих бути добрими й м'якими, серйозно ставитися до труднощів і страждань дитини, щиро приймаючи її такою, якою вона є, і вислуховувати її до кінця, знаходити час для того, щоб побути з дитиною, намагатися її зрозуміти.

Потреба дитини, щоб дорослі зважали на її вікові особливості (потреба бути дитиною). Фізіологічна зрілість настає в термін, визначений ростом і розвитком тіла. Емоційна зрілість та уміння жити в суспільстві набуваються в міру дозрівання особистості. Щоб стати дорослою, тобто самостійною і відповідальною за своє життя людиною, дитині потрібно пройти великий шлях. І на початку цього шляху в дитини є потреба бути малюком, а не маленьким дорослим, – вона хоче гратися, бігати,

сміятися тощо. Це потреба не бути обтяженою обов'язками не за віком (у старших дітей – відповідати за молодших братів і сестер, у дівчат – перебирати на себе хатнє господарство у разі хвороби матері тощо).

У підлітків виникає потреба в тому, щоб до них вже не ставилися як до маленьких, проте й не вважали їх дорослими. Це потреба в повазі до спроб бути по-дорослому самостійними незалежно від результату; потреба на шляху до дорослого стану в терплячому і доброму супутникові, який розуміє і підтримує.

Потреба у пізнанні та набутті навичок. Все, чого навчається дитина, можна розподілити на чотири категорії: набуття різного роду навичок; уміння жити в суспільстві, серед людей; уміння бути й залишатися собою; здобуття знань, освіта в широкому розумінні цього слова.

Навчання дітей відбувається кількома шляхами: шляхом спостереження, особливо щодо набуття навичок і уміння жити серед інших людей; шляхом неусвідомленого переймання певних якостей та умінь в інших людей, зокрема уміння залишатися собою, бути чесним, щирим, справедливим тощо; шляхом навчання.

Здебільшого батьки усвідомлюють лише шлях прямого навчання дитини і не зважають на те, що їхня поведінка є прикладом для наслідування.

Потреба бути собою полягає у тому, щоб дитину сприймали такою, як вона є. Дитина – це не об'єкт виховання, не глина й не віск, з якого треба щось виліпити. Дитина – це особистість і заслуговує на таку саму повагу, як і дорослий. Батьки не мають намагатись "підігнати" дитину під якийсь зразок, що вони його спланували ("моя дитина буде найрозумніша" чи "мій син буде такий само спритний, як і я"), розвивати саме ті її здібності, що здаються їм найважливішими. У своїх виховних діях батьки мають зважати на те, які схильності виявляє дитина, які в неї характер та інтереси. Якщо енергійна, рухлива мама весь час намагається "розворушити", активізувати неквапливого, флегматичного сина і при цьому сварить його за те, що він повільно їсть, повільно думає, повільно читає, то потреба сина бути собою не задовольняється. Мати, яка всією своєю поведінкою дає

зрозуміти дитині, що не хоче приймати її такою, якою вона є, створює психотравмувальну для дитини ситуацію.

Наступна умова – відповідність програми соціальної реабілітації до типу соціальної дезадаптації – побудована на основі розробленої авторами цього посібника структури девіантної поведінки.

За соціальної дезадаптації, що спричинена педагогічною за-недбаністю, системність соціально-психологічної допомоги забезпечується зміною життєвої ситуації дитини й наданням їй психокорекційної допомоги одночасно. Створення умов для задоволення базових соціальних потреб і включення дитини в роботу з розвитку пізнавальної сфери, підвищення рівня навчальних та соціальних навичок є шляхом до позитивних змін.

За ситуативно-зумовленої соціальної дезадаптації передусім потрібно усунути психотравмувальні впливи і розв'язати конфліктну ситуацію. Реабілітаційні заходи за такого типу соціальної дезадаптації полягають у зміні соціальної ситуації розвитку дитини. Якщо це вдається здійснити, то поведінка дитини нормалізується і стає адаптивною без додаткової роботи безпосередньо з нею, як це необхідно за інших різновидів девіантної поведінки.

Спеціальної організації педагогічних дій вимагає психологічне коригування особистості підлітків, соціальною з особистісно зумовленою дезадаптацією зокрема тих, чия поведінка детермінована розбіжністю ставлень (а саме це особистісне новоутворення найчастіше є системоутворювальним фактором особистісно зумовленої соціальної дезадаптації). У цьому разі питома вага зміни соціальної ситуації розвитку має бути визначальною, якщо навіть умови сімейного виховання залишаються без змін (напр., батьки не бажають слухати педагогів і психологів), а ефективним засобом психологічної реабілітації особистісно зумовленої соціальної дезадаптації підлітка буде застосування системи різнобічного оцінювання.

Подолання розбіжності ставлень підлітка як детермінанти у розвитку його особистості є важливою передумовою адекватного сприйняття ним педагогічної дії. Потрібно знайти такі форми і способи спілкування з дитиною, які надають можливість оминати, нейтралізувати бар'єр розбіжності ставлень, а не ламати

цей захисний механізм. Наявність бар'єра ізолює підлітка від впливу педагогів, колективу класу, батьків. Учень може ігнорувати виховні дії, які містять негативне оцінювання його діяльності, поведінки. Він може цілком не приймати того, що йому пропонують робити, або відверто уникати спілкування (прогулювання уроків, втечі з дому).

Реабілітацію соціально дезадаптованої поведінки учнів, яким властива розбіжність ставлень, слід розпочинати зі зміни їхньої системи ставлень до себе та інших. Як вже зазначалось, система ставлень соціально дезадаптованих дітей зазвичай характеризується конфліктністю, негативними переживаннями. Треба створити навколо такого підлітка атмосферу доброзичливості, забарвлену позитивним емоційним тоном, зняти конфліктність у спілкуванні з педагогами й однокласниками. Це дає змогу зменшити напруження, настороженість учня у стосунках із вихователем, сформувати в нього уявлення про нераціональність "вмикання" захисних механізмів. Тоді бар'єр розбіжності ставлень буде поступово знижуватися, оскільки зникнуть негативні переживання, через які він виник.

Для того щоб усунути негативні емоційні переживання, пов'язані з навчанням, педагогу слід деякий час уникати негативного оцінювання навчальної діяльності проблемного учня. Протягом трьох-чотирьох тижнів вихователь має свідомо зменшувати міру вимогливості до нього, "не помічати" його негативних вчинків, але активно підкреслювати будь-які позитивні вияви, кожен, хай невеликий, успіх. Треба допомогти школяреві включитися в таку діяльність, де він зможе досягти позитивних результатів у досить стислі терміни, тоді у педагога буде привід його похвалити. Одночасно потрібно спрямовувати роботу на підвищення рівня досягнень школяра. Оточивши дитину атмосферою доброзичливості, включивши в систему позитивного оцінювання, педагог створює ситуацію, у якій немає сенсу використовувати захисні механізми. З'являється можливість контакту педагога з підлітком, обминаючи бар'єр розбіжності ставлень.

Посилює ефективність дій педагога й залучення колективу однокласників, педагогічного колективу загалом. Це допоможе учневі впевнитися в необґрунтованості своїх претензій до одно-

класників, переконає у доброзичливому, справедливому ставленні до нього інших дітей.

Особливо важливо знайти сферу інтересів вихованця, у якій він здатен адекватно сприйняти негативні оцінки, оскільки зміст діяльності настільки привабливий для нього, що нейтралізує його особистісний бар'єр розбіжності ставлень. Якщо коло таких інтересів відоме педагогу і він зможе активно контактувати з учнем у процесі діяльності, що цікавить підлітка, то це може стати містком у відновленні стосунків із дорослими.

Нейтралізація розбіжності ставлень учня є, як уже зазначалося, важливою умовою формування у нього адекватного ставлення до себе. Однак наведені вище заходи хоча й потрібні, але недостатні для комплексного розв'язання проблеми. Формування адекватної самооцінки у таких дітей потребує створення спеціальних умов у різних формах діяльності (навчання, суспільно корисна праця, гра тощо). Спеціальними умовами передбачено насамперед організацію ситуацій, об'єднаних у систему різнобічного оцінювання. Відповідно до цього педагог має у діяльності підлітка виокремлювати певні аспекти його поведінки для власного спостереження та оцінювання, а також для оцінювання їх однокласниками.

Система різнобічного оцінювання сприятиме виробленню підлітком адекватного еталону, за яким він буде оцінювати результати своєї діяльності. За цих умов оцінка не буде нав'язуватись йому педагогом "зверху", не буде сприйматися як тиск ззовні. Формування такого еталону в учня під час самостійної активної діяльності (він оцінює сам, його оцінюють інші, до того ж із різним ступенем об'єктивності, що дає йому змогу самому вибрати адекватний еталон) створює у нього враження звільнення від обмежень з боку дорослого, ілюзію незалежності від негативних оцінок педагога. Ця ілюзія допомагає уникнути поновлення захисного механізму розбіжності ставлень. Той факт, що оцінки однолітків коливаються у великому діапазоні, від негативних до позитивних, і часто не відображають реального рівня досягнень, підштовхує підлітка до пошуку об'єктивних критеріїв оцінювання своєї поведінки і особи загалом.

Система різнобічного оцінювання запроваджується одночасно з початком роботи, спрямованої на нейтралізацію розбіжності ставлень підлітка. У систему різнобічного оцінювання потрібно включати всіх учнів класу. Спроба обмежитися в цій роботі впливом лише на проблемних учнів створить штучність ситуації, що відразу буде виявлено школярами і призведе до внутрішнього опору або відвертої відмови учня від запропонованої діяльності.

Система різнобічного оцінювання має три напрями:

- підвищення рівня досягнень учнів;
- згуртування колективу класу, підвищення ступеня його референтності щодо проблемних учнів;
- перевірка знань учнів за системою взаємооцінювання.

Соціальна реабілітація за наявності біологічно зумовленої соціальної дезадаптації має іншу специфіку. У реабілітаційній роботі з такими дітьми основна увага зосереджується на девіанті й меншою мірою – на їхньому соціальному мікросередовищі (за умови, що це мікросередовище сприятливе). Проте з розширенням сфери діяльності дитини, тобто з її входженням у широкий соціум, соціальна ситуація її розвитку може стати несприятливою, і дитина потребуватиме соціально-психологічного супроводу.

Важливим етапом соціальної реабілітації є етап вибору професії особами з біологічно зумовленою соціальною дезадаптацією. Вибір професійної діяльності для осіб з викривленим психічним розвитком, зокрема акцентуаціями, має свої особливості, які й визначають, відповідно до типу акцентуації, показання та обмеження.

Підлітки-акцентуанти, крім загальнозначущих вимог до тієї чи іншої професії, мають знати обмеження та протипоказання, пов'язані з особливостями їхньої характерологічного розвитку. Наприклад, підліток з нестійкою акцентуацією характеру потребує постійного контролю, вимогливості, дисципліни. Ідеться саме про зовнішній контроль, про чітку регламентацію поведінки, де підліток змушений підпорядковуватись режимові. Наприклад, у навчальному закладі армійського типу підліток з нестійкою акцентуацією підкорятиметься вимогам порядку не зі страху перед покаранням, а більше завдяки властивій йому навіюваності, унаслідок дії механізму наслідування, тобто лише

тому, що його однолітки теж так чинять. Крім того, військова дисципліна постійно спонукатиме його до засвоєння соціально значущих стереотипів поведінки, тренуватиме вольові якості, які у нього ще не розвинені.

Інакше кажучи, у сприятливому соціальному середовищі, де прикладом для наслідування стають позитивні лідери, а норми поведінки не суперечать соціально схвалюваним, підліток з нестійкою акцентуацією незначно відрізнитиметься від оточуючих. За умови контролю він може добре вчитися й виконувати вимоги, що до нього висувають. Надалі, якщо він потрапить у хороший трудовий колектив, де теж переважатимуть соціально спрямовані стереотипи поведінки, обере собі ніжну дружину, але лідера в сім'ї, яка правильно скеровуватиме його життя, то доля для нього складеться цілком сприятливо.

Гіпертимний підліток, навпаки, не витримає чіткої регламентації поведінки й постійного контролю. Для нього такі умови будуть нищівними, оскільки психотравмувальним фактором для нього є необхідність підкорятися, пригнічувати свою активність. Енергію гіпертима потрібно спрямовувати в інше русло. Його трудова діяльність має потребувати винахідливості, рішучості, наполегливості. Більш за все йому підійде професія, пов'язана з організацією різноманітних заходів, де треба виявити активність, уміння швидко орієнтуватися, можна задовольнити прагнення до лідерства, нових вражень, наприклад робота менеджера, підприємницька діяльність тощо. Основне – різноманітність діяльності, зіткнення з новими завданнями, які треба розв'язувати швидко й самостійно.

Епілептоїдам, зважаючи на інертність їхніх психічних процесів і педантизм, підходить діяльність, що потребує одноманітності, чіткості, посидючості, наприклад рукоділля, мозаїка, гравіювальні роботи. Слід залучати підлітків до цих видів діяльності, орієнтуючи на оволодіння спеціальністю, що відповідає їхнім особливостям.

Підліткам з істероїдним типом акцентуації характеру слід порадити види трудової діяльності, де вони зможуть задовольнити свою потребу перебувати в центрі уваги. Якщо такі учні мають артистичні здібності, достатньо розвинені інтелектуально

й художньо, то їм підійде професія актора, артиста естради тощо. Цілком вдалим вибором для істероїдних підлітків будуть і такі спеціальності, як екскурсовод, перекладач. Серед професій, що не потребують вищої освіти, підліткам з істероїдним типом акцентуації можна порадити роботу офіціанта, манекенниці, стюардеси тощо.

Якщо для підлітка з акцентуацією характеру правильний вибір професії багато в чому визначає ступінь соціальної адаптації в дорослому житті, то для підлітка з відхиленнями в розвитку психіки такий вибір є вирішальним, визначальним для його подальшої долі загалом.

Психолог, який проводить професійну орієнтацію та консультацію підлітків, які мають відхилення у психофізичному розвитку, мусить брати до уваги обмеження щодо певних видів робіт, а за тяжких порушень – і необхідність у встановленні інвалідності. При епілепсії (навіть поодиноких нападах із втратою свідомості) категорично протипоказані всі види робіт, пов'язані з перебуванням біля вогню, води, на висоті, біля механізмів, що рухаються, зі струмом високої напруги, зброєю, ріжучими інструментами. Таким хворим забороняється працювати водіями, машиністами, диспетчерами. Не рекомендуються спеціальності, пов'язані з відрядженнями, тривалими поїздками.

За наявності психоорганічного синдрому із граничною інтелектуальною недостатністю хворі не можуть виконувати роботу, яка потребує швидкого орієнтування, переключення та перерозподілу уваги, високого темпу діяльності, наприклад бути вальцювальниками, електриками біля щита, диспетчерами, працювати на конвеєрі або обслуговувати кілька верстатів. Підліткам з такими відхиленнями у психофізичному розвитку доцільно рекомендувати ті види праці, які не потребують великого обсягу уваги, виконуються з нерегламентованою швидкістю, засвоюються без тривалого спеціального навчання (вантажник, штампувальник, озеленувач).

За органічного ураження центральної нервової системи із вираженими астеничними виявами не рекомендується робота, що потребує уваги, значного фізичного напруження, тривалих одноманітних зусиль, а також пов'язана з перебуванням у примі-

щенні з підвищеним рівнем шуму (прокатний, штампувальний цехи тощо). Рекомендовані види робіт, де можливі перерви та переключення уваги з одного об'єкта на інший, не пов'язані з великим фізичним та інтелектуальним напруженням (слюсар-складальник, столяр, тесля, майстер з ремонту побутових електроприладів, палітурник, фотограф, швачка тощо). У сільській місцевості таким хворим протипоказані роботи, пов'язані з тривалим перебуванням на сонці, шумом та вібрацією (робота на тракторі, комбайні). Рекомендована робота комірника, зважувальника, агронома, зоотехніка, ремонтника.

При психопатії та психопатоподібному синдромі працездатність обмежена за потреби стійкої концентрації уваги (водії, оператори пультів управління, авіадиспетчери). Небажаними для таких людей є також роботи, пов'язані з постійним міжособистісним спілкуванням (вихователь, педагог, менеджер із продаж тощо). Рекомендується робота в невеликому колективі, що не потребує постійного спілкування з людьми та особистої відповідальності за життя й безпеку оточуючих. Для таких осіб найкраща для соціальної адаптації робота архіваріуса, лаборанта, кресляра, садівника, городника, пасічника.

Контрольні запитання

1. Назвіть групи клієнтів, які мотивовані до соціальної реабілітації.
2. Розкрийте сутність сучасного розуміння інвалідності.
3. Наведіть типологію сімей відповідно до негативної динаміки сімейних стосунків.
4. Чому діти із розлучених сімей потребують соціальної реабілітації?
5. Які механізми виникнення девіацій у поведінці прийомних дітей?

Завдання для самостійної роботи

1. Наведіть приклад діалогу з батьками щодо труднощів у вихованні прийомної дитини.
2. Сформулюйте основні напрями соціальної реабілітації підлітків з акцентуаціями характеру щодо їх майбутньої професії.

Проблемна ситуація

Дванадцятирічна Світлана після того, як батько раптово покинув дружину заради іншої жінки, із кмітливої життєрадісної дівчинки перетворилася на змарнілу, засмучену тінь. Вона не розмовляла з матір'ю, не могла спати, зосередитися на уроках та інших заняттях, із нею щоденно траплялися напади ридань.

- 1) Які почуття переживає дівчинка в цій ситуації?
- 2) Яку потрібно надати соціально-психологічну допомогу?

Список рекомендованої літератури

1. 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.
2. Львовочкіна А. М. Екопсихологічні основи соціальної роботи із людьми з інвалідністю : навч. посіб. / А. М. Львовочкіна. – 2020.
3. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки : навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К. : Либідь, 2011.
4. Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю : Постанова Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. № 1686.
5. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 6 жовтня 2005 р. № 296147.
6. Семигіна Т. Сучасна соціальна робота / Т. Семигіна. – К. : Академія праці, соц. відносин і туризму, 2020.
7. 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.

СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НЕВМОТИВОВАНИХ КЛІЄНТІВ

5.1. Соціальна реабілітація осіб з адиктивною поведінкою

Основною умовою соціальної реабілітації є прагнення самої людини до змін у своєму характері та житті. Реабілітаційна робота з девіантами вкрай ускладнена через те, що вони часто не усвідомлюють необхідності розв'язання своїх внутрішньоособистісних і навіть міжособистісних конфліктів, а то й узагалі вважають, що в них цих конфліктів немає. Проблеми, що виникають у стосунках з оточуючими, девіанти пояснюють недоліками в характері оточуючих, а свій неуспіх у діяльності – різноманітними причинами, окрім однієї – власної неспроможності. Якщо девіант вважає, що він є досконалою особистістю, а всі негаразди його життя спричинені недоброзичливістю оточуючих людей, випадковими обставинами чи іншими причинами, то реабілітація неможлива. Самостійно вони практично ніколи не звертаються по допомогу до психолога чи іншого фахівця, тому виникає необхідність соціального втручання, що є одним з виявів соціального контролю. Отже, у таких випадках великого значення набуває соціальний контроль як передумова можливості здійснення відновлення соціального функціонування.

Соціальний контроль допомагає розв'язати основні конфлікти девіантів, які виникають у них у сфері відносин різного рівня: "людина – суспільство", "людина – соціальне середовище", "людина – група", "людина – людина".

Застосування різних форм соціального контролю може змінити соціальну ситуацію людини з девіантною поведінкою, створивши умови, за яких девіант не тільки усвідомить свої проблеми, а й прагнучиме їх розв'язати.

Умовою соціальної реабілітації дитини є організація такого виховного середовища, де можливе задоволення її базових соціальних потреб. Як було зазначено вище, саме відсутність такого середовища є фактором девіацій, отже, потрібна зміна соціальної ситуації розвитку дитини.

Соціальна реабілітація невмотивованих клієнтів передбачає соціальну та психологічну корекцію девіантної поведінки і містить такі складові:

- 1) визначення причин і факторів порушень суспільних вимог (норм законів), їх одиничність чи рецидивність;
- 2) визначення ставлення людини до соціальних норм, вимог і власної поведінки;
- 3) визначення типу соціальної дезадаптації;
- 4) соціально-психологічний прогноз подальшого життєвого шляху особи з девіантною поведінкою;
- 5) визначення стимулів, що мають бути застосовані з метою корекції, та необхідних санкцій, що передбачені за відмови девіанта дотримуватися соціальних норм;
- 6) наявність державних інституцій, установ, закладів, що здійснюють соціальну реабілітацію.

Роль соціального контролю є особливо значущою, коли виникає необхідність участі різних соціальних служб в організації процесу ресоціалізації.

Обмеження прав та законна ізоляція людей із психічними та поведінковими розладами внаслідок уживання психоактивних речовин давно практикується в роботі реабілітаційних центрів. Деякі особи, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок уживання психоактивних речовин, схильні до правопорушень. Найбільш розповсюдженими правопорушеннями серед людей із психічними та поведінковими розладами внаслідок уживання алкоголю є ДТП, домашнє насильство, порушення громадського порядку, злочини проти власності, хуліганство та інші насильницькі дії. Серед людей із психічними та поведінковими розладами внаслідок уживання наркотиків більш поширені незаконне їх зберігання без мети збуту, крадіжки та інші злочини проти власності, незаконний збут наркотиків та пов'язані з ним злочини.

Стан алкогольного сп'яніння зумовлює більший ризик агресивних, антисоціальних дій і, відповідно, збільшує кількість правопорушень, пов'язаних із тілесними ушкодженнями та хуліганством. Розлади внаслідок уживання психоактивних речовин пов'язані з певними видами злочинів, правопорушень та суспільно небезпечних діянь. Отже, законодавством передбачені певні обмеження прав громадян, які мають психічні та поведінкові розлади.

Важливо розрізняти такі категорії, як осудність та дієздатність. Згідно із ч. 1 ст. 19 Кримінального кодексу України, осудною визнається особа, яка під час вчинення кримінального правопорушення могла усвідомлювати свої дії (бездіяльність) і керувати ними. Осудність характеризується двома критеріями – медичним (біологічним) і юридичним (психологічним). Медичний критерій визначає здоровий стан психіки особи, відсутність певних психічних захворювань, недоліків розумового розвитку. Юридичний критерій полягає у здатності особи усвідомлювати характер своїх суспільно небезпечних дій (бездіяльності) та керувати ними. Якщо виникає сумнів щодо осудності, то органи досудового розслідування чи суд призначають судово-психіатричну експертизу. Особа має бути визнана судом осудною чи неосудною не взагалі, а лише щодо діяння, яке їй інкримінується.

Цивільна дієздатність – це здатність своїми діями набувати для себе цивільних прав і самостійно їх здійснювати, а також створювати для себе цивільні обов'язки, самостійно їх виконувати та нести відповідальність за їх невиконання. Дієздатність, на відміну від правоздатності, залежить від фізичного стану, віку особи, а також інших особистих якостей людини, що з'являються у неї в міру розумового, фізичного, соціального розвитку. Відповідно до цивільного кодексу України "Фізична особа може бути визнана судом недієздатною, якщо вона внаслідок хронічного, стійкого психічного розладу не здатна усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними" (ст. 39).

Обмеження у дієздатності відбувається за рішенням суду у зв'язку з існуванням однієї із таких обставин:

- 1) психічним розладом особи, що істотно впливає на її здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними;

- 2) зловживанням спиртними напоями, наркотичними засобами, токсичними речовинами тощо, що призводить до скрутного матеріального становища самої особи або її сім'ї, а також інших осіб, яких вона зобов'язана утримувати.

В Україні діє принцип і право добровільності лікування. Дієздатні або осудні особи не можуть бути примушені до лікування. Особі неосудній, у якої є психічні та поведінкові розлади (зокрема й унаслідок уживання психоактивних речовин) та яка вчинила певне правопорушення чи злочин через наявність у неї розладу, можуть призначити примусові заходи медичного характеру; недієздатна особа за рішенням опікуна чи законного представника може бути поміщена до лікувального закладу виключно в інтересах такої особи з урахуванням та дотриманням її прав. Осудна особа, яка вчинила злочин через наявність у неї психічного або поведінкового розладу через уживання наркотиків чи алкоголю, може мати альтернативу покаранню у передбачених законом випадках та у передбачений законом спосіб. Особа із залежністю може бути осудна (обмежено осудна) чи неосудна, дієздатна чи недієздатна. Ці категорії визначатимуть можливі способи допомоги чи покарання такої особи.

Примусова госпіталізація та примусові заходи медичного характеру. У Законі України "Про психіатричну допомогу" передбачено процедуру госпіталізації особи через її психічний стан чи розлад. У ст. 14 визначено підстави для госпіталізації особи до закладу з надання психіатричної допомоги у примусовому порядку: "Особа, яка страждає на психічний розлад, може бути госпіталізована до закладу з надання психіатричної допомоги без її усвідомленої письмової згоди або без письмової згоди її законного представника, якщо її обстеження або лікування можливі лише у стаціонарних умовах, та при встановленні в особи тяжкого психічного розладу, унаслідок чого вона вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самотійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність".

Відповідно до Кримінального кодексу України та ЗУ "Про психіатричну допомогу" передбачені примусові заходи медич-

ного характеру (ПЗМХ). ПЗМХ можуть застосовуватись відповідно до рішення суду і виключно до людей, які визнані неосудними. В Україні діє судово-психіатрична експертиза, яка є законним способом визначення осудності особи. Відповідно до чинного законодавства, примус може застосовувати держава виключно у вигляді примусової госпіталізації або примусових заходів медичного характеру. Однак відкритий реєстр судових рішень вказує на те, що в Україні існують приватні заклади (реабілітаційні центри, приватні психіатричні заклади тощо), які фактично госпіталізують та лікують людей без їхньої згоди і законної процедури, що кваліфікується як незаконне позбавлення волі та викрадення людини (ст. 146 ККУ).

Також кожна людина має право на безоплатну медичну допомогу та вибір лікувального закладу. Отже, "схиляння" до реабілітації через загрозу кримінального покарання є незаконним та порушує її права. Звернення до лікувального закладу має відбуватись за свідомим рішенням (вибором), згодою людини та відповідно до її фінансових можливостей.

Відповідно до Закону України "Про поліцію" поліцейські зобов'язані супроводжувати особу із психічними та поведінковими розладами, зокрема внаслідок уживання психоактивних речовин, до лікувального закладу в разі, якщо її стан цього потребує. Відповідно до ст. 41 цього Закону, поліцейське піклування може здійснюватися щодо: "особи, яка підозрюється у втечі із психіатричного закладу чи спеціалізованого лікувального закладу, де вона утримувалася на підставі судового рішення; особи, яка має ознаки вираженого психічного розладу і створює реальну небезпеку оточуючим або собі; особи, яка перебуває у публічному місці і внаслідок сп'яніння втратила здатність самостійно пересуватися чи створює реальну небезпеку оточуючим або собі".

Поміщення до закладу соціальної допомоги чи лікувального закладу особи без її усвідомленої згоди можливе лише за її недієздатності. Рішення про лікування такої особи може приймати її опікун чи законний представник.

Примусові заходи медичного характеру можуть застосовуватись за рішенням суду лише до неосудної (чи обмежено осудної) особи, яка вчинила суспільно небезпечні дії. Осудність визнача-

ється відповідно до судово-психіатричної експертизи. Примусова госпіталізація може здійснюватись лише відповідно до ЗУ "Про психіатричну допомогу" закладами з надання психіатричної допомоги державної форми власності.

За даними єдиного Всеукраїнського моніторингу реабілітаційних центрів в Україні, у межах якого було відвідано 42 реабілітаційні центри та опитано 311 осіб, майже третина реабілітантів мала досвід примусової реабілітації, а 12 % перебували там примусово (незаконно) на час опитування. Практика свідчить, що ініціаторами примусового лікування зазвичай є родичі або батьки.

Примусове направлення адиктів на реабілітацію зумовлене тим, що самі вони не усвідомлюють необхідності змінити своє життя і взагалі не визнають себе узалежненими. Це пояснюється феноменом *анозогнозії*.

У зарубіжній літературі замість терміна "анозогнозія" часто використовують термін "заперечення", який не зовсім точний, оскільки в ньому вже закладені змісти: 1) виключно когнітивного компонента; 2) дискретності – заперечення або є, або його немає; 3) приписування відповідальності за заперечення свідомості клієнта. Водночас термін "анозогнозія" є набагато ширшим: по-перше, давньогрецьке слово має більш широкий зміст, ніж просте раціональне визнання інформації, але передбачає той чи інший рівень глибини розуміння та прийняття знання. По-друге, через поняття анозогнозії можна також визначити як процес свідомого заперечення клієнтом, так і вплив на його свідомість інших механізмів. Тому анозогнозії можна дати визначення, що включає когнітивні, афективні й поведінкові компоненти: адиктивна анозогнозія – це свідоме або несвідоме спотворення усвідомлення проблем уживання, ціннісно-емоційного ставлення до них, намірів та дій із розв'язання цих проблем. Якщо провести аналогію із західним терміном "заперечення", то до анозогнозії можна включати не тільки саме заперечення (когнітивний компонент), але і знецінення (афективний компонент), і опір (поведінковий компонент).

У розгляді проблем адиктивної анозогнозії виділяють клініко-біологічний, психопатологічний, клініко-психологічний, соціально-психологічний підходи. У кожному із цих підходів можна визначити такі провідні механізми.

Клініко-біологічний підхід: дисфункція кори головного мозку. У цю групу входять механізми анозогнозії, засновані на зниженні критичності мислення через порушення функціонування кори головного мозку внаслідок уживання психоактивних речовин. Будь-які раціональні інтервенції на подолання анозогнозії з такими клієнтами не тільки безглузді, але і шкідливі – вони призводять до посилення напруги клієнта через неможливість осмислити дії фахівця і, як наслідок, розриву контакту, а також до посилення дисфорійного стану з можливими неконтрольованими агресивними виявами. З огляду на це таким пацієнтам надається тривале стаціонарне лікування (у психіатричному центрі або центрі медико-соціальної реабілітації).

Патопсихологічний підхід. У його основі лежить ціннісна деградація адикта із психопатизацією та сплюсненням його особистості. У цьому випадку ми маємо не стільки заперечення проблем через уживання, скільки знецінення їх особистісної значущості, особливо тих, що стосуються цінності стосунків. Такі клієнти характеризуються відсутністю емпатії, почуття провини і сорому, вони є також майстрами маніпуляцій і облуди. Безпосередня робота з анозогнозією як такою тут неможлива (як і психотерапевтична робота за прямим запитом клієнта, оскільки запит у них, по суті, відсутній). Зазвичай вони перебувають на лікуванні під тиском родичів. Хоча в таких клієнтів досить знецінені особистісні стосунки з конкретними людьми, у людях взагалі і колективі вони мають потребу не меншою, а може й більшою мірою, ніж інші. На цьому ґрунті можуть бути побудовані психотерапевтичні втручання. Робота з опором зводиться до роботи з межами, дотриманням правил, санкціями і заохоченнями у груповому процесі.

Клініко-психологічний підхід. У цьому підході механізми анозогнозії пояснюються дією психологічних захистів від болючого афекту, який виникає внаслідок визнання залежності. У більшості випадків з узалежненими клієнтами пряма конфронтація з їхніми психологічними захистами призводить тільки до посилення останніх. Тому найчастіше краще працювати через обхід захистів або приєднання до захисної системи. Наприклад, якщо ми бачимо, що клієнт раціоналізує своє вживання, краще

перевести розмову в інше русло, де інтенсивність захистів менша. Отже, консультація іде не в напрямку сильних захистів, а навпаки, шляхом слабких захистів. Технікою приєднання до захистів є несподівана згода з ними для провокації клієнта (використовувати обережно!).

Соціально-психологічний підхід. За цим підходом анозогнозія не є такою у прямому сенсі. Клієнт заперечує свою залежність через нестачу інформації про неї або спотворення унаслідок культуральних міфів. Робота тут полягає в інформуванні клієнта про узалежнення, його симптоми, механізми, розвиток тощо. Пряму інформаційну роботу з клієнтом не можна недооцінювати. Більш глибоко цей механізм може полягати в порушенні когнітивних процесів, дисфункціональному мисленні та помилкових переконаннях. У цьому випадку застосовують когнітивно-поведінкове консультування.

Систематизуємо важливі характеристики особистості адиктів, які, крім ефекту анозогнозії, можуть впливати на мотивацію до тверезості та ставлення до узалежнення:

- надцінна ідея вживання ПАР або наявність патологічно зміненої потреби у ПАР;
- цінності: сплосчення (несформованість) ціннісно-сислової сфери; ефект цінностей, "про які тільки клієнт знає"; домінування егоцентричних цінностей дозволля (розваги), рентних (матеріальні), свободи (безкарність), дефіцитарність вищих цінностей; закритість для нових суб'єктивно значущих загальнолюдських цінностей і моральна відчуженість – відсутність зв'язку із суспільно значущими цінностями, соціальними стандартами, неможливість знайти сенс існування;
- мораль: моральна інфантильність; егоцентрична спрямованість, що поєднується з гедоністично-комунікативною мотивацією;
- сфера інтересів: відсутність цінності трудової діяльності, переважання утилітарних інтересів, вузькість інтересів;
- мотиви: зникнення дальніх мотивів, невизначеність життєвої перспективи; зниження стратегічності життєвого задуму з поступовим припиненням конструювання нових цілей і зупинкою особистісного розвитку; недиференційованість реальних та ідеальних цілей;

- сприйняття часу та прогностична сфера: звуження суб'єктивно значущого біографічного часу в минулому й особливо майбутньому ("аморфність" та розірваність уявлень про часову перспективу в майбутнє); зосередженість на теперішньому та минулому, при цьому ставлення до теперішнього ґрунтується на суб'єктивному минулому (а не на уявленнях про майбутнє); "міопатична" поведінка (ситуативна активність, ігнорування інформації про наслідки власних вчинків у майбутньому, вибір менших винагород у сьогоденні перед більшими у майбутньому, які не сприймаються як реальні); схильність шукати швидке задоволення потреб з мінімальними зусиллями; знижена прогностична компетентність;
- порушення процесінгу прийняття рішень та постановки цілей;
- дефіцит адаптивних копінгів;
- схильність до компенсаторно-ілюзорної діяльності та фантазування.

Коротко про лікування алкоголізму. Те, що алкоголізм – це хвороба, напевно вже зрозуміло. Алкоголізм неможливо вилікувати, але його можна зупинити. Умовою нормального життя алкоголіка є повна відмова від уживання алкоголю. Захворівши, людина залишається алкоголіком на все життя, вона ніколи не зможе вживати алкоголь "помірно" чи "зовсім трішечки". Вона повинна зробити вибір: або абсолютно й назавжди відмовитися від алкоголю, або загинути. Тих, хто обрав життя, називають непитущими алкоголіками. У непитущих алкоголіків навіть є такий жарг: "Із алкоголіка не вийде помірно питущого, як із солоного огірка неможливо зробити свіжий".

Є два принципи лікування алкоголізму: лікування, засноване на остраху, і лікування, основою якого є робота над собою.

Лікування, засноване на остраху, припускає наявність табу: ліки ("Антабус", "Тетурам"), кодування, імплантація під шкіру ампули – усі ці методи виражають стратегію насильства в боротьбі з алкоголем. У цьому випадку людину позбавляють суб'єктності, оскільки абстиненція є заслугою табу, а не самої людини. Страх і насильство можуть утримати людину перед чимось. Однак вони не дають відповіді на запитання "для чого?". Якщо сенсом життя була випивка, а тепер її немає, то чим заповнити

порожнечу, що утворилася? У цьому недосконалість методів, заснованих на остраху. Для неповнолітніх і молоді такі методи взагалі неефективні. Через особливості віку у них ще немає страху смерті та втрати здоров'я.

Методи, основою яких є робота над собою, відображають позитивну стратегію. Позитивна стратегія дає відповідь на запитання "нащо потрібне тверезе життя?". Мета цієї стратегії – допомогти людині знайти сенс життя, усвідомити, куди й нащо їй іти далі; навчитися протистояти своїй тривозі, гніву, печалі, а також знімати психічну напруженість без алкоголю чи інших психотропних речовин. Методи, основою яких є робота над собою, розподіляються на три напрями: соціально-психологічна реабілітація, рух анонімних алкоголіків релігія. Усі вони не виключають один одного, а навпаки, доповнюють і взаємно збагачують.

Оскільки проблема лікування алкоголізму лише побічно стосується цього навчального посібника, то ми не будемо більше на ній затримуватися. Зазначимо лише, що цей процес дуже тривалий і складний, чреватий зривами та поверненнями назад.

5.2. Соціальна реабілітація дітей у сім'ї, де є проблема адикції

Усі сім'ї, де є узалежнені від алкоголю чи інших психотропних речовини, є дисфункційними. Незважаючи на зовнішні відмінності життя такої сім'ї (матеріальний, освітній рівень, соціальний статус, події та обставини), сутність того, що відбувається, одна й та сама. У цих сім'ях постійно наявні напруженість, тривога, відчуття хаосу і непередбаченості, душевний біль. Емоційні потреби дітей постійно не задовольняються, оскільки батьки недоступні для них або фізично (батько, який полюбляє випити з друзями, мало буває вдома), або емоційно (тверезий батько думає, де б йому випити, а мати – як утримати чоловіка від пиятики).

Алкоголь, по суті, стає центром сім'ї, навколо якого зосереджені всі думки, почуття, дії та вчинки. Навіть якщо в сім'ї п'є лише один із батьків, алкоголізм стає сімейною хворобою. Це можна пояснити тим, що поведінка алкоголіка настільки дефор-

мує стосунки, так впливає на емоційний клімат у сім'ї, що хворими стають усі близькі люди, які живуть із ним під одним дахом, турбуються про нього й люблять його.

Відомо, що адиктивна поведінка включає узалежнення від різних психотропних речовин, а також від азартних ігор, комп'ютера, соціальних мереж тощо. Проте психологічна сутність і соціальні наслідки, зокрема вплив на життя сім'ї, є однаковими. Звісно, найпоширенішим є алкоголізм, тому як приклад розглянемо саме алкогольну сім'ю.

Найрозповсюдженішим є тип сімей, узалежнених від алкоголю, де зловживає спиртним чоловік, а дружина намагається його врятувати, повернути на правильний шлях. Таку сім'ю варто називати узалежненою від алкоголю, оскільки дружина в ній постає співузалеженою від алкоголізму чоловіка, і саме це є причиною її хворобливої прив'язаності до нього, спонукає терпіти образи, приниження, побої та інші види насильства з боку чоловіка. Сучасний рівень знань про методи подолання адикцій зумовлює необхідність усвідомлення соціальним працівником різних аспектів проблеми алкоголізму в сім'ї і ролі феномену співузалежнення в існуванні цього явища.

Співузалежнення – це особистісне новоутворення, що розвивається у дружин (матерів або інших близьких людей) адиктів і полягає в ідентифікації з ними своєї особистості, невротичній прихильності та повному зосередженні на розв'язанні їхніх проблем. Співузалежнення виникає унаслідок тривалої ситуації стресу та сконцентрованості на проблемах чоловіка, аж до самозречення. Стосунки ці дисгармонійні, руйнівні для обох, але подружжя не може їх припинити.

Незважаючи на постійні конфлікти, сварки, негативні переживання (страх, гнів, сором, тривога, відчай), співузалежене подружжя тісно зв'язане емоційно. У дружин алкоголіків розмиті межі свого "Я". Вони так поглинені відповідальністю за чоловіка, що втрачають себе, пригнічують свої потреби й почуття, ніби "заморожують" їх. Це сприяє підвищенню переносимості емоційного болю. Ототожнення себе із чоловіком призводить співузалежену дружину до того, що вона страждає за обох. Оскільки алкоголізм сприймається як ганьба, то дружина соро-

миться за поведінку чоловіка рівнозначно тому, якби це була її поведінка. Боячись приниження, засудження оточуючих, дружина з усіх сил намагається приховати пияцтво чоловіка. Алкоголізм – це велика таємниця сім'ї.

Перебуваючи в симбіотичному емоційному зв'язку із чоловіком-алкоголіком, дружина намагається захистити його від неприємностей і критики інших людей, оскільки сприймає його біль як власний. Намагаючись зберегти його соціальний статус, дружина докладає всіх зусиль, щоб чоловік утримався на роботі, або ж влаштовує його на нову роботу; щоб заповнити дозвілля чоловіка, намагається знайти йому хобі. Беручи на себе всю відповідальність за чоловіка, співузалежена дружина почувається незамінною. Це, природно, підживлює її самоповагу та підвищує самооцінку. Із часом вона стає впевненішою в тому, що чоловік ні на що не здатний, він просто без неї не зможе прожити. Через це вона втрачає повагу до чоловіка, розуміє, що він зіпсував їй життя, але водночас панічно боїться бути покинутою. Для неї незбагненне те, що чоловік зможе обходитися без неї. Перспектива розлучення із чоловіком лякає її, оскільки це руйнує всю її картину світу.

Отже, якщо в сім'ї один із подружжя хворіє на алкоголізм, то інший також хворий – на співузалежнення. В іноземній літературі цей термін так і називається – *коалкоголізм*. Схожість алкоголізму та співузалежнення виявляється в тому, що і те, і інше є хворобливим станом. Співузалежнення, як і узалежнення від алкоголю, призводить до деградації морального обличчя людини, порушень емоційної, психічної та соматичної сфер. Як при алкоголізмі, так і при співузалеженні зазначається анозогнозія: чоловік не бажає визнавати себе алкоголіком; його дружина нездатна визнати, що її поведінка є співузалеженням і ускладнює дисфункцію сім'ї.

Для того, щоб вижити в сім'ї, обтяженій алкогольним узалеженням, дитина повинна напрацювати відповідні настанови і форми поведінки. Оскільки така сім'я є дисфункційною, то сформовані в дитини настанови та форми поведінки будуть дезадаптивними.

Той факт, що батько зловживає алкоголем, є, як уже зазначалося, великою таємницею сім'ї. Дружина приховує це не лише

від зовнішнього світу, але й з усіх сил намагається приховати від дітей, особливо доки вони ще маленькі і, як вона вважає, нічого не розуміють. Своєю поведінкою, інколи словами, а частіше невербально (мімікою, жестами, інтонаціями), мати дає зрозуміти, що діти не мають "виносити сміття з дому", що не можна будь-кому розповідати про те, що діється з батьком. Підростаючи, діти починають ставити запитання, оскільки все погане в сім'ї, пов'язане з алкоголізмом батька, приховати неможливо. Однак мати ніколи відкрито не обговорює з дітьми головну проблему сім'ї. Навіть слово таке – алкоголізм – не вимовляється, оскільки мати, яка сама співузалежена, не визнає батька хворим.

Дуже рано діти починають розуміти, що пияцтво – це сором, що люди осуджують п'яниць, зневажають їх, сміються над ними. Ось чому діти з усіх сил намагаються приховати те, що їхній батько п'є. Це пояснюється не лише тим, що дитина любить батька, що повірити в "поганого тата" вона не в змозі. Навіть якщо дитина вже ненавидить батька, вона приховує його пияцтво, оскільки соромиться цього, вважаючи, що це запламує всю сім'ю. Тому діти не можуть говорити відверто про свою сім'ю ні з друзями, ні з учителями. Дитина боїться, що її будуть зневажати, дражнити чи засуджувати.

Докладний опис ознак алкоголізму та ситуації в алкогольно узалеженій сім'ї потрібен тому, що соціальний працівник має за наведеними ознаками сам визначити цю проблему. Допомогти з'ясувати ситуацію може "Опитувальник визначення співузалеження (коалкоголізму)" (див. додатки). Треба пам'ятати, що члени сім'ї, де є особа з адиктивною поведінкою, не лише ретельно приховують це від усіх, а й виштовхують зі своєї свідомості. Якщо фахівець за допомогою навідних запитань усе ж з'ясував проблему та висловив припущення про наявність адикції, то першою реакцією сім'ї стає бурхливе заперечення. Проте в ході обговорення фактів сім'я з полегшенням розкриє "таємницю", після чого можна буде почати пошук спільного виходу зі складної ситуації, що спричинена адикцією когось із її членів.

Коли співузалежена дружина усвідомлює, що її поведінка фактично сприяє негативній ситуації в сім'ї, фахівець пропонує припинити це шляхом застосування техніки кризової інтервен-

ції. Як зазначалось вище, *кризова інтервенція* – це серйозна розмова, що має на меті показати алкоголіку всю небезпечність ситуації, яка склалася. Під час такої розмови алкоголіка інформують про наслідки його пияцтва, щоб найгостріше та виразніше зіштовхнути його з фактами.

Кризова інтервенція має бути спеціально підготована. Добре, коли ця підготовка проходить під керівництвом соціального працівника, який "веде" сім'ю. Учасники інтервенції письмово (на картці) складають список фактів, у яких виявляються наслідки пияцтва. Варто зазначити, що факти мають викладатися дуже чітко, пункт за пунктом, і максимально конкретно. Не можна казати, звертаючись до особистості загалом: "ти поганий батько", "ти став байдужим до мене", "ти ні про що не турбуєшся" тощо. Варто обговорювати лише вчинки алкоголіка. Кожний учасник розмови наводить шість-вісім найяскравіших прикладів за останні півроку, рік або кілька місяців (про терміни домовляються заздалегідь).

Для кращої підготовки інтервенції їй необхідно репетирувати (за типом ділової гри). Соціальний працівник бере на себе роль алкоголіка: висуває контраргументи, виявляє невдоволення, дорікає присутнім або намагається все звести до жарту чи якось інакше ухилитися від розмови. Така репетиція допомагає учасникам інтервенції заздалегідь продумати лінію поведінки залежно від реакції алкоголіка й визнати необхідність письмового переліку фактів, які вони хочуть повідомити. Оскільки поведінка алкоголіка може викликати дуже сильні емоції в учасників розмови, то таку "шпаргалку" корисно скласти.

Результатом кризової інтервенції є усвідомлення алкоголіком того факту, що він хворий. Дуже важливо з'ясувати, де саме лікуватиметься алкоголік: який лікувальний центр кращий (це можна розпитати в алкоголіків, які перейшли до тверезості), чи є там психологічна реабілітація та групи підтримувальної терапії тощо, оскільки багато установ пропонують лікування, але рівень їхньої роботи різний.

Визначивши лікувальний центр, треба з'ясувати, чи приймуть там хворого, підготувати необхідні документи, записати його на прийом не пізніше ніж за добу після проведення інтервенції.

Якщо алкоголік почне відмовлятися від лікування, треба підготувати можливість ультиматуму. Наприклад, дружина може сказати: "Якщо ти відмовляєшся лікуватися, то я забираю дітей, переходжу жити до матері та подаю на розлучення". Перед тим, як висувати такі умови, дружина має впевнитися, чи зможе вона насправді оселитися в матері, а потім все приготувати для того, щоб піти з дому одразу ж наприкінці розмови. Треба також визначити, хто буде починати розмову й керувати інтервенцією, тобто хто буде ведучим.

Незалежно від того, чим закінчилася розмова, її учасники (крім алкоголіка) мають зібратися разом не пізніше ніж за два-три дні для того, щоб обмінятися думками, емоціями, виговоритися та підтримати один одного. Інтервенція, а також спільна підготовка до неї принесуть їм велику користь, тому що тепер вони вже не самотні у своїх стражданнях, а отже, їм буде легше подолати сором, страх, образи, разом шукати вихід.

Слід урахувати, що після того, як чоловік припинить зловживати алкоголем, у сім'ї актуалізуються інші конфлікти (рольові, сексуальні), які посилюватимуться емоційно-афективними порушеннями в чоловіка, що притаманні стану ремісії. Тому соціальному працівникові слід підготувати дружину й дітей до того, що після лікування голови родини від алкоголізму їхнє життя тимчасово може стати ще важчим.

Завдання роботи із сім'єю на цьому етапі полягають у тому, щоб навчити жінку ненав'язливо контролювати та здійснювати підтримувальну терапію чоловіка; розпізнавати ознаки розгальмованості потягу до алкоголю, послаблення настанови на тверезість, афективні порушення, які вимагають негайної медичної допомоги, а також своєчасно допомогти подружжю у розв'язанні поточних конфліктів.

Соціально-психологічні впливи, що спрямовані на нормалізацію стосунків у сім'ях, здійснюються шляхом поєднання індивідуальних і групових форм. Заняття у групі проводять не лише із дружинами, а й із подружніми парами. Для цього підбирають п'ять-шість подружніх пар, причому дві-три з них ті, які вже успішно пройшли основний курс і (після розв'язання основних конфліктів) встановили гармонійні стосунки. Основний курс занять

включає щотижневі зустрічі тривалістю 2-3 год кожна протягом 6 місяців. Потім такі заняття проводять щомісячно протягом року. У ході занять застосовують групову дискусію, мозковий штурм, рольові ігри, психодраму, а також (за умови відповідної кваліфікації ведучого) такі прийоми з арсеналу психолога, як гештальт-терапія, трансактний аналіз, нейролінгвістичне програмування.

Участь у тренінгових заняттях дає змогу подружжю побачити власні проблеми начебто збоку, використовувати позитивний життєвий досвід інших сімей і, на його основі, напрацювати нові прийоми розв'язання конфліктних ситуацій у власній сім'ї, придбати необхідні навички продуктивної поведінки у складних сімейних ситуаціях.

Оскільки ведучий забезпечує створення сприятливого психологічного клімату під час занять, атмосфери доброзичливості, готовності до підтримки та взаємодопомоги, то між учасниками групи виникають товариські стосунки. Подружні пари починають зустрічатися і за неформальних обставин, у них виникає потреба разом проводити вихідні дні, свята, сімейні урочистості, допомагати одне одному у розв'язанні побутових проблем і у складних життєвих обставинах. Створення такого кола спілкування дуже важливе для непитушого алкоголіка, оскільки підтримувати неформальні стосунки зі звичайними, помірно питущими людьми для нього нестерпно, адже в них прийнято кожне святкове застілля супроводжувати вживанням спиртного.

Взаємодопомога та підтримка нових друзів, яких сім'я знаходить завдяки заняттям у тренінговій групі, відіграє велику роль не лише у попередженні рецидивів, а й у найскорішому припиненні епізодів повернення до алкоголізації, які, на жаль, можуть відбуватися ще деякий час. Якщо хтось із непитущих алкоголік "зірвався", то під тиском членів своєї групи, які вже стали йому друзями, він швидше погодиться в перші ж дні запою звернутися по медичну допомогу, ніж тоді, коли поруч із ним будуть "товариші по чарці".

Необхідність зазначених заходів соціальної реабілітації осіб з адиктивною поведінкою стає особливо гострою, якщо в сім'ї є діти. В алкогольній сім'ї дитина засвоює дезадаптивні форми поведінки, які закріплюються у вигляді визначених рольових

позицій. Як тільки ці ролі встановляться, дітям стає дуже важко поводитися інакше. Їхня поведінка стає негнучкою, що обумовлює труднощі адаптації до життєвих ситуацій, які змінюються. Зафіксована роль стає ніби панциром, який заважає дитині рости, розвиватися, удосконалюватися та викривляє її сприйняття оточуючої соціальної дійсності. Тому дуже важливо запобігти закріпленню дезадаптивних форм поведінки дитини. Для цього і призначена соціальна реабілітація.

Оскільки засвоєння дитиною своєї ролі в алкогольній сім'ї відбувається дуже рано, то соціальний педагог уже в молодших класах може визначити, яку саме роль узяв на себе учень. Зрозуміло, що це можуть бути окремі, не завжди однозначні вияви тієї або іншої рольової поведінки; можливе також поєднання різних ролей у поведінці однієї дитини. Однак для спрощення викладення далі розглядатимемо ролі в "чистому вигляді".

Проблемна дитина, або "жертвний баран", "бунтівник". Із такою дитиною важко спілкуватися по-доброму. Її вчинки викликають роздратування, гнів, бажання покарати та провчити. Більшість вчителів прагнуть позбавитися таких учнів. Однак якщо фахівець усе ж вирішив допомогти такій дитині, то він має зрозуміти, що деструктивна поведінка проблемної дитини – це крик про допомогу.

Проаналізуйте свої почуття до "бунтівника" та визнайте, що вам важко симпатизувати йому. Будьте відвертими зі своїми почуттями. Заперечення ваших справжніх почуттів лише зміцнює систему заперечень, засвоєну дитиною в алкогольній сім'ї. Тому, коли такий учень починає вас дратувати, висловіть свої почуття словами, але обережно. Скажіть йому, що ви гніваєтесь, але не на нього самого, а на те, що він накоїв. Це дуже важливий момент: нагадаємо, що можна як завгодно критикувати окремі вчинки, але не можна переносити негативну оцінку на особистість загалом. Уникайте суворих покарань: головне не важкість покарання, а його неминучість. Найкраще спробуйте викликати в дитини необхідне переживання, звертаючись до її справжніх почуттів, які приховані за маскою зухвалої поведінки.

Поводячись таким чином у конфліктних ситуаціях, соціальний педагог (учитель, вихователь) дає наочний приклад проб-

лемній дитині, як слід поводитися зі своїми негативними емоціями. Учень починає розуміти, що людина не повинна заперечувати свої справжні почуття (як її змушують обставини життя в сім'ї), що вона може висловлювати їх (навіть негативні), але тільки в конструктивній, а не в деструктивній манері. Наприклад, можна висловити свою досаду якоюсь сильною дією (штовхнути боксерську грушу, зім'яти шматочок пластиліну, вдарити по подушці), але не можна штовхати малюка, бити собаку, гримати на товариша тощо.

Розвивайте у проблемної дитини здатність до емпатії, уміння розуміти інших людей, поставити себе на їхнє місце, співчувати їм. Співчуття є профілактикою проти жорстокості та гніву, що зазвичай притаманні "бунтівникові".

Дуже важливим моментом у роботі з дітьми цієї групи є встановлення чітких меж дозволеного та правил поведінки. Переконайтесь, чи знає "бунтівник", які вимоги виставляються до нього, за що він має відповідати та яке покарання передбачене на випадок невиконання ним того, що він має зробити, або за порушення правил. Чітко та зрозуміло потрібно промовити вголос, що саме проблемна дитина має робити й чому. При цьому уникайте негативних тверджень, намагайтеся обходитися без заперечної частки "не". Наприклад, учень біжить коридором. Якщо ви скажете йому "не бігай по коридору!", то це заборонне формулювання викличе в нього негативне ставлення, оскільки ви своїм зауваженням перешкоджаєте його діяльності. Якщо ви скажете: "Будь ласка, іди спокійно коридором, інакше ти можеш упасти та забитися", то це буде позитивний підхід. Позитивні твердження ефективніші, оскільки тут слова дорослого не виступають перешкодою, а дають новий напрям діяльності і, найголовніше, залишають можливість вибору (іти спокійно або впасти й забитися).

Регламентация поведінки у поєднанні з логічним обґрунтуванням вимог і правил обов'язково має включати перелік санкцій. Учень має твердо знати, яке конкретне покарання отримає за порушення певної вимоги. Це необхідно для того, щоб проблемна дитина привчалася відповідати за наслідки своїх дій. Тому принципу неминучості покарання слід дотримуватися обов'язково!

Заохочуйте "бунтівника" брати участь в іграх із чіткими правилами. Це буде тренуванням не лише регламентації поведінки, а й навичок взаємодії з іншими дітьми, уміння вибудовувати стосунки й аналізувати їх.

Дуже важливо допомогти "жертвному баранові" налагодити стосунки з однолітками. Надайте дитині роль лідера в такій спільній діяльності, де вона матиме гарантований успіх. "Бунтівники" часто мають добрі організаторські здібності, вони можуть бути ватажками, лідерами. Однак через їхню деструктивну поведінку ці здібності залишаються незатребуваними, оскільки вчителі уникають доручати їм будь-які справи та взагалі бояться їхнього поганого впливу на інших дітей. Тому "жертвні барани" часто виявляють ці приховані раніше здібності вже в асоціальних угрупованнях, стаючи ватажками банд.

І остання, дуже важлива умова. Для того, щоб поведінка "бунтівника" нормалізувалася, йому необхідний максимум позитивної уваги. Хваліть такого учня за будь-яке, навіть незначне, поліпшення поведінки. За те, що не запізнився сьогодні до школи, виявив зацікавленість до уроку (навіть якщо ця зацікавленість тривала п'ять хвилин), не побився з однокласником тощо. Особливо варто заохочувати вчинки, коли проблемна дитина бере на себе відповідальність і виконує те, що пообіцяла зробити.

"Клоун", "блазень" або улюбленець сім'ї. Дитина-"клоун" живе подвійним життям. Під маскою легковажного бешкетника й балагура вона приховує свою тугу, образу, страх і біль. Найголовніше для "клоуна" – знайти близьку людину, якій можна довіритися, щоб скинути свою маску й розповісти про все.

Із такою дитиною треба подружитися, краще пізнати її, спілкуючись один на один. Допоможіть їй зрозуміти, що не треба приховувати свої справжні почуття, не слід соромитися їх. Розкажіть їй про Арлекіна, який завжди сміється – крізь не видимі світові сльози. Пограйте з нею, узявши ляльку-клоуна. Поясніть, що, коли клоун всіх смішить, він може відчувати в душі печаль або страх. Допоможіть дитині-"клоуну" зрозуміти та висловити свої почуття через різні види діяльності: малювання, музику, танці, акторську гру тощо.

Заохочуйте тільки припустиме почуття гумору, щоб дитина засвоїла, що сміятися можна лише над смішними речами. Якщо ж дитина сміється, коли її ображають (дражнять, примушують щось небажане робити, провокують бійку) або коли іншому погано, то спонукайте її замислитися над цією ситуацією. Наприклад, дивлячись їй прямо у вічі, твердо і спокійно – у жодному разі не роздратовано – скажіть: "Було зовсім не смішно, коли Надійка висмикувала з волосся жувальну гумку. Їй було це боляче й образливо".

Дуже важливо розвивати у "клоуна" навички рефлексії та саморегуляції. При цьому акцент слід робити на активність дитини. Наприклад, замість того, щоб вказувати "ти повинен", "ти зобов'язаний", слід повернути ситуацію так, щоб увімкнулися механізми саморегуляції: "Як я можу стати гідним поваги? – Я можу бути чесним. Я можу взяти на себе відповідальність за свої помилки замість того, щоб звинувачувати інших" тощо. Нагадаємо, що у психологічному сенсі різниця між "ти повинен..." і "я можу..." величезна. У першому випадку в учня виникає реакція протесту проти примусу, на тлі якої інформація майже не засвоюється. У другому випадку, навпаки, вмикається механізм самонавіювання, інформація про бажані норми поведінки міцно фіксується в пам'яті та швидко стає справжнім регулятором поведінки.

Спілкуючись із учнем-"клоуном", виявляйте до нього підкреслено шанобливе та серйозне ставлення. Пропонуючи йому виконати якесь відповідальне доручення, тримайтесь поважно й дещо урочисто. Обов'язково похваліть за виконане завдання, бажано перед класом. Усі ці дії сприятимуть підвищенню рівня самоповаги дитини, а це їй дуже необхідно.

Сумирна, або "загублена", дитина. Нагадаємо, що сумирні діти поведуться непомітно, вони ніби хочуть "загубитися" в класі, щоб ніхто на них не звертав уваги. Педагогу слід розпочати з того, щоб спеціально занотувати собі прізвища та інформацію про тих дітей, чиї імена або обличчя він не може згадати. Швидше за все серед них опиниться "загублена" дитина.

Нагадаємо, що сумирна дитина, не маючи сил знести важку ситуацію у своїй сім'ї, іде в ірреальний світ фантазії, мрії. Занурена у свої переживання, вона відчуває ніби ізоляцію від інших людей і

страждає від самотності, почуття непотрібності оточуючим. Насамперед необхідно дати такому учневі відчуття його належності до свого класу (групи). Треба, щоб він переконався, що не відторгнений і займає гідне місце в колективі. Нарисуйте разом із дитиною схему взаємин у класі, щоб дізнатися, із ким вона хотіла б разом грати, виконувати якесь завдання, хто найбільше впливає на неї. Підберіть їй із цих кандидатур напарника й запропонуйте їм спільну діяльність. Заохочуйте цю дитину до таких ігор і розваг, які вимагають взаємодії з іншими. Для неї це набагато корисніше, ніж заняття наодинці (читання, плетіння, шиття тощо).

Оскільки "невидимий" дитині необхідна індивідуальна увага, то спробуйте зблизити її з людиною, яка зможе часто спілкуватися з нею віч-на-віч. Звісно, такою близькою людиною може стати для дитини сам соціальний педагог, якщо в нього є для цього час і сили. У такому спілкуванні дитина знаходитиме психологічну підтримку, вона зможе постійно розповідати про те, що думає, відчуває, про що мріє.

Для підвищення самооцінки та впевненості в собі "загублений" дитині дуже потрібне схвалення. Хваліть її за знання, за конструктивні ідеї, які вона висуває. Визначте, до чого учень виявляє найбільший інтерес, і заохочуйте його до роботи із цієї дисципліни (написати реферат, зробити макет, сконструювати модель), щоб він продемонстрував перед класом, що може внести у знання щось нове та цінне. Запропонуйте на виставку його малюнки, вишивки, саморобки та інші речі, які викличуть схвалення оточуючих.

Якомога частіше звертайтеся до такої дитини із проханням допомогти вам чи іншим у розв'язанні якоїсь проблеми. Сумирні діти часто приховують все, включаючи свої таланти, здібності, інтелектуальні можливості, тому вчителі, а інколи й сама дитина, можуть не знати про її потенціал, поки вона не включиться у творчий процес.

І, нарешті, намагайтесь зазначати кожного дня, скільки разів ви зверталися до "загубленої" дитини, скільки разів похвалили її, висловили позитивні коментарі на її адресу. У кінці дня перевірте свої позначки – так ви зможете проаналізувати якість своєї роботи і те, які успіхи робить ваш учень.

Відповідальна дитина, або герой сім'ї. Зазвичай учителі не відчувають потреби в тому, щоб приділяти увагу такій дитині. Нащо витрачати час, якщо відповідальна дитина і так ідеальна, зразково-показова? Однак це помилка, адже "герой сім'ї" завжди працює на межі можливостей. Він потребує уваги та підтримки не менше, ніж діти, які своєю поведінкою швидше дають знати про свої проблеми ("бунтівник", "клоун").

Допоможіть надвідповідальній дитині збалансувати своє життя між "хочу" і "треба". Дайте їй зрозуміти, що цілком нормально інколи розслабитися і нічого не робити або робити те, що хочеться, а не лише те, що потрібно і заплановано. Створіть такі умови для надвідповідальної дитини, щоб у неї була можливість погратися з іншими дітьми, насолодитися дитинством. Нехай діти залишаються дітьми: сміються, бавляться, вигадують свої пустотливі історії, жартують. Вони не повинні проводити час лише із дорослими, у турботах і праці.

Наполягайте, щоб відповідальна дитина не жертвувала своїми інтересами – заняттями у гуртках, спортивних секціях, екскурсіями, спілкуванням із друзями, розвагами – лише тому, що інтереси членів сім'ї для неї вищі за власні. Переконайте дитину, що вона не повинна завжди робити все для інших (батьків, брата, сестри), доставляти радість комусь. Немає нічого поганого в тому, щоб порадувати й себе.

Намагайтеся святкувати успіхи такого учня, розділіть із ним радість досягнень. Однак у той самий час цінують його за те, що він є, а не за те, що чогось досяг. Нехай дитина переконається, що ви сприймаєте її позитивно незалежно від того, чи вона досягає успіхів, чи потерпає поразки. Дайте їй зрозуміти, що вона не повинна бути ідеалом в усіх справах.

Не залишайте її наодинці у складних ситуаціях, коли потрібно прийняти серйозне рішення, надайте свою допомогу. Будьте поруч після провалів і поразок. Допоможіть їй зрозуміти, що вона має право помилятися, спокійно сприймати невдачі, щоб проаналізувати причини неуспіху та виправити становище.

"Героєві сім'ї", так само як іншим дітям з алкогольних сімей, необхідна діяльність із розвитку почуттів. Допомагайте йому розпізнавати справжні почуття у себе та інших. Заохочуйте відкри-

тість, емоційні стосунки, а також виявлення дитиною почуттів через творчість (малювання, ліплення, різьблення по дереву тощо).

Групові методи соціальної реабілітації дітей із сімей, де є адикти, також ефективні. На групових заняттях із молодшими школярами проводиться цілеспрямована робота за такими напрямками:

- розвиток навичок спілкування;
- навчання прийняття рішень;
- формування довіри до людей;
- формування позитивних взаємостосунків з оточуючими;
- оптимізація "Я"-концепції;
- розвиток самоповаги.

Дітей навчають розрізняти та висловлювати свої почуття, керувати емоційним станом, справлятися із негативними переживаннями. Ці навички стають у майбутньому альтернативою уживанню психотропних речовин у фруструючих ситуаціях.

Реабілітаційні заняття, які проводяться у формі групової тренінгової роботи, базуються на використанні психотехнічних прийомів і методик, які традиційно належать до таких групових моделей: тематичний тренінг, групи зустрічей і групи тренінгу умінь.

Одним із важливих завдань тренінгової роботи з дітьми з алкогольних сімей є навчання розпізнання та вираження почуттів. Це пояснюється тим, що, як зазначалося вище, ці діти не вміють розпізнавати навіть свої почуття, а отже, не навчаються регуляції емоцій, не знають, як їх позбавитися, крім засобу, відомого з батьківського прикладу, – уживання алкоголю. Більше того, невміння розпізнавати почуття інших людей перешкоджає встановленню взаємин. У ході занять дітям на практиці дається уявлення про індикатори теплоти й холодності у процесі спілкування, які означають прийняття чи неприйняття співрозмовника. Обговорюються та обігруються тон голосу, вираз обличчя, поза, жести, дотики, відстань між співрозмовниками. Як вправа використовується гра, у якій діти за допомогою ляльок зображують гнівну, радісну, сумну розмову та інші емоційні стосунки.

Полегшення від того, що можна комусь довіритися, із чимось поділитися своїми почуттями, діти отримують із вправи "розділи почуття". Для її виконання беруть купу картоплин, на яких

позначені назви почуттів: страх, роздратування, сум, гнів, тривога тощо. Дітям дають мішечки із зав'язками (паперові або поліетиленові, тканинні), щоб їх можна було носити за спиною. Потім половина учасників групи кладуть собі в мішечки по шість-вісім картоплин і деякий час (хвилин п'ять) носять їх за спиною, розгулюючи кімнатою. Коли діти трохи стомляться, усі стають в коло і, по черзі виходячи до центра, діляться своїми картоплинами-почуттями з тими, у кого мішечки порожні. Коли діти передадуть половину своїх картоплин, кожен із них зрозуміє, наскільки стає легше, коли поділишся своїми почуттями. Потім гру продовжує друга половина групи.

Формування звички до аналізу своєї поведінки й навчання стратегії прийняття рішень проходять у вигляді дискусій і ролевих ігор. Наприклад, соціальний педагог пропонує дітям розіграти ситуацію, де відображено якусь типову та знайому всім учасникам групи проблему. Потім обговорюють, як краще її розв'язати. Методом мозкового штурму (під керівництвом ведучого) діти створюють схему, за якою можна змодельовати розв'язання проблемної ситуації:

- 1) сформулювати проблему;
- 2) зазначити всі можливі рішення;
- 3) зазначити наслідки всіх цих рішень;
- 4) зазначити наявні ресурси, необхідні для виконання дій;
- 5) прийняти рішення;
- 6) здійснити дію.

Наступна вправа, призначена для формування навичок самоаналізу та прийняття рішень, – "коробка невдач". Діти спеціально оформляють коробку (або невелику скриньку), куди кожний учасник групи може покласти однакові аркушики паперу з описом невдалої ситуації (проблеми), із якою він зіштовхнувся. Папірці не підписані та оформлені так, щоб їх автори залишилися невідомими. Кожна дитина по черзі входить у порожню кімнату, де стоїть ця скринька, і через щілину опускає туди свій аркуш (як бюлетень в урну для голосування). Потім ведучий розкриває скриньку й навмання вибирає папірець із ситуацією для обговорення. Обговорення проходить за схемою, попередньо розробленою дітьми (див. вище).

Реабілітаційна робота з дітьми з алкогольних сімей забезпечує їм на заняттях безпечне виховне соціальне середовище. Тут вони можуть навчитися виявляти свої почуття, аналізувати їх, долати свою "замороженість"; продуктивно спілкуватися й довіряти іншим, розв'язувати проблеми та справлятися зі стресовими ситуаціями. Унаслідок цього до підліткового віку в них формуються адекватна самооцінка, високий рівень розвитку самосвідомості, підвищуються самоповага та ступінь усвідомлення себе як суб'єкта діяльності.

Незважаючи на єдність цілей і завдань реабілітаційних заходів, форми й методи їх різні та вимагають різного рівня підготовки соціального педагога чи психолога, тому здійснювати той чи інший вид реабілітації може лише той фахівець, який має відповідну підготовку.

До початку групових занять соціальний педагог чи психолог на основі попередньої індивідуальної роботи з кожним із дітей формує групу. Кількість учасників – від чотирьох до шести дітей молодшого шкільного віку обох статей. Обов'язкова умова участі у групі – добровільність. Заняття проводяться зазвичай один-два рази на тиждень. Тривалість курсу залежить від програми. У середньому курс розрахований на 12–15 занять.

Програму реабілітаційних занять соціальний педагог чи психолог розробляє спеціально для кожної групи, ураховуючи індивідуальні характеристики учасників, особливості їхньої міжособистісної взаємодії та їхні проблеми. Після проходження курсу реабілітації передбачаються підтримувальні заняття, тобто щомісячні зустрічі групи в тому самому складі для розв'язання накопичених проблем і продовження роботи над собою. За необхідності або за бажанням діти можуть проходити повторні курси реабілітаційних занять, але вже за іншою програмою та з іншою групою. Звісно, буде найкраще, якщо діти зберігатимуть постійний зв'язок із соціальним педагогом чи психологом аж до того часу, поки стануть самостійними, дорослими людьми.

Реабілітаційна робота з підлітками групи ризику адиктивної поведінки. Ураховуючи культурологічні традиції нашого суспільства й особливості менталітету населення, групи взаємопідтримки для дітей і підлітків із алкогольно узалежнених

сімей навряд чи виникнуть в Україні в досяжному майбутньому. Тому звернемося до розгляду реальнішої перспективи: професійної реабілітаційної роботи з підлітками групи ризику адиктивної поведінки. Слід зазначити, що всі діти з алкогольних сімей належать до такої групи ризику.

Приступаючи до роботи, соціальний педагог завжди має пам'ятати, що головне у стосунках із підлітком – це взаємна повага й довіра. Те, що каже підліток, має залишатися таємницею. Його проблеми можуть бути обговорені з батьками та вчителями лише за його проханням або згодою. Втрата довіри, розголошення таємниці, навіть мимовільне, є великою психологічною травмою і може призвести до непередбачених наслідків.

Завдання роботи групи із соціально-психологічної реабілітації підлітків аналогічні тим, що наведені для молодших школярів, однак додається навчання опору в ситуації ризику вживання психотропних речовин. Основні завдання цих груп такі:

1) Навчити підлітка розпізнавати небезпечні для нього ситуації, тобто такі, що адресовані до його найбільш вразливого "місця найменшого опору". Досвід профілактичної роботи показує, що невміння підлітка уникати несприятливих ситуацій відіграє не меншу роль у причинах адиктивної поведінки, ніж невміння їх розв'язувати. Тому зусилля психолога, соціального педагога, соціального працівника тощо, що веде групу тренінгу (далі будемо називати його Ведучий або Тренер), мають спрямовуватися на підвищення здатності підлітка до розпізнавання та попередження таких ситуацій.

2) Сформувати у підлітка здатність об'єктивізувати небезпечні для нього ситуації, тобто підходити до них нібито збоку, поглянути на те, що відбувається, так, ніби це відбувається із кимось іншим. У ході виконання цього завдання в підлітка формуються навички аналізу ситуації, уміння віднайти в ній головне і другорядне.

Оскільки в ході рольових ігор підлітки поводяться так, як вміють і як звикли, то на очах у групи відбувається активізація негативного досвіду розв'язання складних ситуацій, що надає можливість її членам вчитися на помилках і невдачах минулого.

3) Розширити діапазон можливих варіантів поведінки підлітків у складних для них ситуаціях.

Коли підліток зіштовхується із ситуацією, яка адресована до "місця найменшого опору" (тобто найуразливішими для нього обставинами), він відчуває, що не здатен відповісти вимогам, які ставлять до нього. Стандартність, однотипність поведінки – ось що впадає в очі, коли до особистості пред'являються вимоги, що є для неї неприйнятними.

У ході розігрування членами групи і ведучим складних для підлітків ситуацій виникає можливість обговорювання засобів розв'язання проблем мовою реальної поведінки. У процесі тренінгу підліток багаторазово спостерігає відтворення в різноманітних варіантах важкої для нього ситуації, унаслідок чого зростає здатність об'єктивізувати її та розпізнавати в реальному житті. Спостерігаючи дії інших учасників групи, підліток мимовільно засвоює ефективні стереотипи поведінки, розширюючи таким чином свій діапазон форм реагування на складну ситуацію.

Отже, соціальна реабілітація дитини в сім'ї, де батько вражений алкогольним uzалежненням, починається із подолання співузалежнення в матері, а потім продовжується лікуванням алкоголізму батька й нормалізацією сімейних стосунків. Цей процес тривалий, складний, вимагає теплоти душі й розуму обох членів подружжя. Рідко хто може пройти такий шлях самотужки. Тому питання професійної соціально-психологічної допомоги сім'ям, що uzалежені від алкоголю, стоїть дуже гостро.

5.3. Соціальна реабілітація постраждалих від насильства в сім'ї

Уявлення пересічних громадян про те, що людина, яка потерпає від насильства в сім'ї, сама звертається по допомогу, є хибним. Ми відносимо цих осіб до невмотивованих клієнтів, тому що їхній шлях до реабілітації є тривалим, складним і без втручання фахівців часто нездоланим.

Хоча подолання сімейного насильства й належить до функцій правоохоронних органів, проте робота із такими сім'ями насамперед є компетенцією соціального працівника. Це пояснюється

тим, що зазвичай допомога такій сім'ї починається із соціального втручання, яке відбувається після повідомлення з поліції.

Досвід показує, що абсолютну більшість потерпілих від сімейного насильства (за даними американських дослідників, близько 95 %) становлять жінки й дівчата. Тому часто проблема насильства у сім'ї ототожнюється із проблемою домашнього насильства над жінкою. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, проти кожної п'ятої жінки світу було скоєне фізичне або сексуальне насильство. Отже, кожна п'ята жінка хоча б раз у житті зазнавала найгірших форм насильства – побиття або зґвалтування.

Сімейне насильство має різні форми й ознаки, проте його сутність однакова. Насильство – це вчинки, які людина здійснює умисно з метою підкорення іншої людини своїй волі. Насильницькі дії заподіюють шкоду (фізичну, психологічну, матеріальну) іншій особі; порушують її права та свободи. Насильство чинить той, хто має значні переваги (фізичні, психологічні, адміністративні), що унеможливорює ефективний самозахист жертви.

Насильство в родині зазвичай розвивається поступово, навіть непомітно для жінки: спочатку зазвичай чоловік вимагає, щоб дружина залишила роботу, отже, вона стає економічно залежною від нього. Потім він ізолює її від друзів, рідних, забороняє спілкуватися з ними. Потім застосовує фізичну силу, щоб покарати за вчинки, які вважає поганими. Наслідками фізичного насильства часто стають тілесні ушкодження або каліцтво жертви, навіть смерть.

Причини, що не дозволяють жінці піти від свого кривдника, зазвичай утворюють цілі комплекси – від економічних до соціальних і психологічних.

Жінка часто матеріально залежна від чоловіка й потребує матеріальної підтримки для виховання дітей. На тлі загальної економічної скрути та масового безробіття вона може вважати себе беззахисною і економічно прив'язаною до чоловіка. Жінку може утримувати також неможливість знайти інше помешкання для себе та своїх дітей. Часто жінка не хоче позбавляти дітей батька або вважає, що їй самій буде важко виховувати дітей.

Жінка може відчувати сором від того, що з нею так поведуться, і вважати себе винною у своїх нещастях. Вона намага-

ється маскувати сліди побоїв косметикою і темними окулярами, вимушена брехати, коли її запитують, звідки в неї травми. Сором і почуття провини спонукають її приховувати від сторонніх випадки насильства й утримують від розлучення із чоловіком. Більше того, нерідко жінка, яка потерпає від насильства, продовжує любити чоловіка, вірить, що лише вона зможе допомогти йому розв'язати проблеми, наприклад позбутися алкогольної залежності чи підвищеної дратівливості, запальної вдачі. Вона сподівається, що коли він зміниться на краще, то перестане знущатися з неї.

Динаміка поведінки жінки в ситуації родинного насильства. Якщо жінка глибоко втягнена у тривалі насильницькі стосунки, то це деформує її особистість, знижує самооцінку, у неї виникає почуття безвиході, ізоляції, глибокого розпачу. Крім суто фізичного ушкодження здоров'я, насильство неодмінно завдає глибоких психологічних травм, спричиняє глибоку депресію, пригніченість, почуття туги і тривоги, порушення сну. Постійне психологічне насильство призводить до розладів харчування, проблем із концентрацією уваги (жінці важко зосередитися), навіть спроб самогубства і психічних розладів (неврозів, психотичних реакцій тощо).

Жінка почувається ізольованою від звичного оточення, нездатною, на її погляд, зрозуміти її проблеми, співчувати та допомагати їй. На цьому тлі можуть виникнути суїцидальні тенденції (за статистичними даними, частота спроб суїциду серед жінок-жертв насильства сягає 20 %), а іноді єдиним шляхом виходу із ситуації здається вбивство кривдника.

Розглянемо динаміку ставлення жінки до ситуації насильства над нею.

Перший випадок насильства означає кризу стосунків. Однак більшість жінок не припиняють стосунки на цій стадії. Незалежно від того, наскільки жорстоким було насильство, жінки внутрішньо готові прийняти пояснення кривдника. Наступні кілька випадків можуть лише підсилити це почуття, особливо якщо жінка вважає, що вона сама винна в тому, що спровокувала насильство. Вона просто намагається знайти способи уникнення насильства та знизити ймовірність виникнення конфліктів.

В умовах тривалого насильства у жінки включаються психологічні захисні реакції. Вона применшує значення насильства або взагалі надає йому іншого смислового забарвлення ("б'є – значить любить"), переконує себе, що перебуває не в найгіршій ситуації. Кінцевим результатом є деградація її особистості, соціальна ізоляція.

Жінка не може самотійно припинити насильство й запобігти трагедії, тому часто єдиним можливим рішенням залишається звернення до офіційних органів, щоб вони втрутилися і застосували до кривдника відповідні санкції.

Припинення стосунків, які характеризуються насильством, пов'язано з різноманітними процесами. Може здаватися, що жертва насильства в сім'ї рухається одним і тим самим замкненим колом без будь-яких суттєвих змін, але це не так. Фактично будь-яка жінка, що потерпає від насильства, рухається по спіралі. Після кожного нового випадку насильства вона дещо інакше сприймає ситуацію. У жінки залишається все менше сподівань на те, що стосунки зміняться і насильство припиниться, вона повільно наближується до того моменту, коли зможе прийняти рішення про припинення стосунків.

Більшість жінок багато разів намагаються припинити стосунки, які характеризуються насильством, перш ніж припинити їх назавжди. Спочатку багато жінок повертаються до своїх партнерів після того, як залишають їх на деякий час.

Жінки повертаються до чоловіків, які вдаються до насильства, із таких причин:

- вірять обіцянкам партнера змінити поведінку;
- їм нікуди піти або вони не мають засобів для існування;
- вони зазнають тиску з боку родичів, друзів, а інколи дітей, які просять їх повернутися додому;
- не мають ефективного захисту.

Лише після багаторазових випадків насильства жінка починає сприймати те, що відбувається, як насильство. Це дуже складний процес, оскільки вона вперше починає думати про себе як про жертву, а про свого партнера – як про кривдника. Урешті-решт вона розуміє, що в насильстві винен кривдник. Жінка більше не сприймає спалахи агресивної поведінки як ви-

падкові відхилення, а починає розуміти, що це стереотип її стосунків із кривдником, який постійно повторюється. "Одного разу соціальний працівник сказав мені, що насильство – це ненормально, він порадив мені дізнатися про групи підтримки. Для мене було важливим, що це казав представник чоловічої статі. Оскільки, хоча мій чоловік бив мене вже три роки, я ніколи не думала, що це насильство".

Коли жінка доходить розуміння того, що стосунки характеризуються насильством і жорстокістю, починається процес їх переоцінювання. Жінка спокійніше ставиться до думок про те, щоб залишити кривдника тимчасово або назавжди чи подати офіційну заяву в поліцію. "Коли я зрозуміла, що він наді мною знущується, я стала думати про те, щоб його покинути. Він продовжував мене бити, і ця думка ставала все більш реальною. Я навіть почала думати про те, що треба відкладати гроші, щоб жити самій. Я все частіше думала про те, як я від нього піду".

Роль соціальних служб у подоланні домашнього насильства полягає в тому, щоб допомогти жінці усвідомити, що дії її чоловіка є злочином. Соціальний працівник має насамперед з'ясувати, на якій стадії розвитку усвідомлення насильства перебуває жінка. Відповідно до цього він зможе визначити свої подальші дії.

На початкових стадіях фахівці можуть допомогти жінці зрозуміти, що насильство з боку чоловіка – це не випадковість, а злочин.

На ранніх стадіях усвідомлення і спроб подолання насильства жінка хоче, щоб поліція та соціальні служби втрутилися і припинили насильство, але вона ще не готова до припинення стосунків. У жертви не виникає бажання порушити карну справу, поки не настала стадія переоцінювання стосунків, однак вона хоче, щоб сторонні, але авторитетні особи (у цьому разі – працівники соціальних служб) чітко і твердо сказали кривднику, що його поведінка є неприпустимою. Жінка позитивно сприймає направлення до соціальної служби, де може отримати допомогу.

На пізніх стадіях, коли жінка вже готова подати заяву і порушити карну справу, співробітники правоохоронних органів можуть допомогти їй це зробити.

Слід пам'ятати, що потреби жінок є різними на різних стадіях, і діяти відповідно.

"Коли я розмовляла з поліцейськими, вони мені сказали, що насильство з боку чоловіка – це злочин. Тоді я вперше про це задумалася. Раніше я завжди вважала, що це моя проблема".

Робота із сім'єю, де є проблема насильства, здебільшого починається із соціального втручання. Насамперед слід з'ясувати, наскільки вірогідною є загроза життю та здоров'ю жінки. Для цього соціальний працівник може орієнтуватися на такий план.

1. Визначити конкретні форми нападу, на які наражається жертва.
2. Вивчити тактику кривдника.
3. Оцінити небезпеку на поточний момент.
4. Розробити план забезпечення безпеки.

Наведемо нижче елементи планування розмови із жінкою під час соціального втручання.

Знайдіть зручне місце для розмови із жертвою. Не змушуйте жертву розповідати в такому місці, де її можуть почути інші люди. Приділіть достатньо часу, щоб жінка могла розповісти про те, що сталося, так, як їй зручно. Жертва може бути дуже засмученою й дезорієнтованою. Якщо вона не готова докладно пояснити ситуацію, то запитайте її лише про ті обставини, які вам необхідно встановити тут і зараз, і задайте короткі запитання для уточнення. Поясніть їй, чому вам необхідно знати цю інформацію. Ви завжди можете попросити жінку, щоб вона прийшла пізніше. Варто пам'ятати, що після інциденту з насильством у сім'ї жертві потрібен певний час, щоб вийти із шокового стану. Це відбирає багато душевних сил, тому жінка може бути не готова сприймати інформацію і відповідати на запитання, чи вона хоче звернутися до поліції або соціальних служб.

Уважно слухайте жертву. Не слід вважати, що ви вже знаєте, що сталося, або що жінка відчуває. Дайте їй можливість розповісти все, що вона пам'ятає, і так, як їй зручно. Таким чином ви отримаєте найкращу й найдокладнішу інформацію.

Не створюйте в жертви враження, що ви маєте сумніви в достовірності її розповіді. Багато жінок думають, що їм не повірять, тому вони займають обережну оборонну позицію. Просто скажіть, що ви їй вірите, і жінці буде легше розпочати розповідь. Не висловлюйте ніяких суджень про жінку. Жінка буде дуже болісно сприймати будь-які припущення про те, що вона має якісь особливості, які

призвели до того, що стала жертвою насильства. Не ставте запитань "чому?", наприклад: "Чому ви допустили, щоб ситуація вийшла з-під контролю?" або "Чому ви не чинили опору?". Чітко скажіть жертві, що насильство в сім'ї – це злочин, і відповідальність за цей злочин несе кривдник, а вона ні в чому не винна.

Після інциденту із застосуванням насильства жертві необхідно повернути почуття контролю над ситуацією. Ви можете їй запропонувати прості варіанти вибору, наприклад, де й коли вона може зробити заяву, з ким буде розмовляти, спитати, чи вона хоче, щоб за її заявою була порушена карна справа. Жертва зможе прийняти виважене рішення, якщо буде знати свої права і можливі варіанти дій. Коротко поясніть, що відбуватиметься далі, і дайте відповіді на будь-які запитання, що можуть виникнути в жертви. Ви завжди маєте повідомити жінці своє ім'я і номер телефону. Якщо є якісь правові особливості, наприклад, якщо в кримінальному кодексі не передбачене переслідування за скоєні проти неї правопорушення, то необхідно дуже обережно пояснити це жертві. Надайте жертві інформацію про те, що може зробити поліція, а що – соціальна служба, і чого ці органи не можуть зробити.

Забезпечте конфіденційність. Пам'ятайте, що обговорення і плітки про насильство в родині – це ознака неповаги до жертви та відсутність професіоналізму. Однак у зв'язку з тим, що за службовою необхідністю з інформацією зі справи ознайомлюються ваші колеги і фахівці у правових інстанціях, поясніть жертві реальні межі конфіденційності.

Щоб оцінити ступінь небезпеки, треба з'ясувати в жінки, чи боїться вона кривдника. Часто на це пряме запитання жінка не відповідає чітко. Тоді можна поставити уточнювальні запитання, наприклад, чи змінює вона свою поведінку на вимогу чоловіка, навіть якщо не згодна з ним? Чи обмежує свої дії, оскільки боїться чоловіка? Як часто вона підкорюється, аби уникнути суперечки? Серйозно ставтеся до страхів жертви.

Треба уважно ставитися до таких обставин: жінка припинила зустрічатися із друзями або членами батьківської сім'ї, оскільки її чоловік цього не хоче; жінка боїться поскаржитись на кривдника, оскільки погрози чоловіка спрямовані на дітей (він погрожує позбавити її права виховувати дітей або проголошує, що

вкраде або вб'є їх); жінка виглядає заляканою, знервованою, хворобливою тощо. Перевірте стан жінки і дітей. Якщо у них є тілесні пошкодження, то направте їх до лікарні на обстеження.

При зверненні до державних інституцій уперше жертва відчуває страх і повну невизначеність. Вона боїться, що прийшла скаржитися, боїться іти додому. Її слід переконати, що вона вчинила правильно, коли звернулася по допомогу. Жертві доведеться подолати багато бар'єрів, перш ніж вона зможе говорити про те, що з нею сталося. Необхідна сміливість, щоб наважитися заявити про насильство в сім'ї. Ви маєте це визнати і сказати жінці, що вважаєте її дуже сміливою і що своїм вчинком вона захищає себе.

Незалежно від того, подає жертва заяву до поліції чи ні, постарайтеся разом із нею оцінити рівень небезпеки і необхідність негайно переселити її в небезпечне місце. Розкажіть їй, які існують варіанти для забезпечення її безпеки (вона може піти з дому до своїх батьків, звернутися по допомогу до друзів, тимчасово оселитися у притулку тощо).

Соціальна служба має допомогти жінці та знайти для неї безпечне місце. Варто пам'ятати, що дії кривдника можуть призвести навіть до смертельного фіналу. Треба звернути особливу увагу на повторний характер нападів, тактику кривдника, зміни в його поведінці, як він впливає на жінку і як вона сама оцінює небезпеку ситуації. У додатках наведено "Опитувальник визначення ступеня ризику насильства над жінкою".

Жертва, яка отримує підтримку, зможе краще подолати наслідки насильства та контролювати ситуацію. Тому порекомендуйте жінці звернутися за неофіційною підтримкою до друзів і членів сім'ї, а по професійну допомогу – до відповідних служб, наприклад притулку, громадських жіночих організацій або юридичної консультації. Тримайте інформацію про такі служби й організації напоготові, аби надати її якомога швидше. Багато жінок потребують також медичної допомоги – порадьте їм звернутися до лікаря. Якщо жінка не хоче або не готова звертатися по допомогу, то не можна її примушувати. Варто зазначити, що не кожна жертва готова одразу порушити карну справу проти чоловіка. Вас це може розчарувати, однак ви все одно маєте ставитися до неї дуже поважно.

Реалізація технології соціального втручання є досить складним завданням, оскільки потребує не лише спеціальних знань і навичок, а й висуває певні вимоги до особистості соціального працівника.

Насильство над дітьми як найгірший різновид насильства. Як це не парадоксально, виявити насильство над дитиною досить складно. Річ у тім, що діти люблять своїх батьків, і усвідомити те, що батьки роблять щось погане, їм складно. Дитина тривалий час звинувачує себе і вважає насильство звичайним покаранням. Якщо ж ідеться про сексуальне насильство, то підстав для приховування цього факту в дитини ще більше. Тому соціальному працівникові треба добре розуміти як психологічну сутність насильства, так і його зовнішні ознаки. Нагадаємо, що в основі будь-якої форми насильства лежать психологічне насильство, емоційна депривація, відторгнення, що завдають шкоди розвитку особистості.

Сцени домашнього насильства дуже сильно впливають на дітей, що виявляються їх мимовільними свідками. Це може впливати на їхню поведінку, фізичний і психічний стан. У 90 % випадків діти перебувають або в сусідній, або в цій самій кімнаті, де відбуваються сцени насильства, що викликає у них страх і засмучення. Деякі діти не виражають ніякої реакції на насильство в сім'ї, але це не означає, що їх не стосується те, що відбувається. Там, де існує насильство в родині, психіка дитини завжди страждає. Більше того, за насильства над матір'ю насильство над дитиною стає можливим наслідком.

Насильство над дітьми можна розглядати в межах чотирьох категорій, одна з яких, хоча й не є насильством у прямому значенні цього слова, але також шкідливо впливає на дітей. Співробітники правоохоронних органів, педагоги, соціальні працівники, психологи повинні мати базові знання про ці категорії.

Нехтування – хронічна нездатність або небажання батьків забезпечити основні потреби дитини (у їжі, одязі, життєвому просторі, медичному догляді, освіті, захисті та вихованні). Це ставлення є результатом безвідповідальності дорослих. Воно варіюється від випадків, коли батьки залишають дитину одну вдома без догляду на кілька годин, поки вони працюють, до так

званих випадків "один вдома", коли дитина залишається сама, а батьки від'їжджають на вихідні або свята. Найгіршим варіантом є ситуація, коли батьки, хоча й присутні фізично, але не роблять того, що потрібно для забезпечення здоров'я дитини, її безпеки, психічного та фізичного розвитку. Наприклад, коли дитина голодує чи утримується в холодному приміщенні, коли в неї немає відповідного до сезону одягу, можливості вчитись тощо. Існує навіть спеціальний термін – "непридатний дім", який означає, що дитина живе в небезпечному приміщенні: відкриті електричні розетки, ліки, алкоголь та інші небезпечні речовини містяться в доступних для неї місцях; гаряча праска, каструлі, чайник, вогонь на плиті тощо. Дитина, яка зазнає ушкоджень від усіх цих небезпек, виростає з упевненістю в тому, що світ є загрозливим для неї. Це підриває базове почуття захищеності, формує глибинну недовіру до оточуючих і світу взагалі.

Психологічне насильство. Це поведінка батьків, яка заподіює шкоду особистісному розвитку дитини та її почуттю власної гідності. Психологічне насильство включає словесні нападки, такі як постійна критика, приниження, образи, висміювання, кепкування, піддражнювання та відмова вислухати дитину. Психологічне насильство також включає нездатність виявити любов і надати підтримку й керівництво, необхідні для особистісного зростання та розвитку дитини.

Фізичне насильство. До цієї категорії належить фізичне травмування дитини, причому не тільки коли наявні відповідні ознаки (синці, поранення, переломи), а й такі різновиди фізичного насильства, коли ознаки неможливо побачити одразу, оскільки вони виявляються згодом ("синдром струшеної дитини", ураження внутрішніх органів, перекриття повітря тощо).

Сексуальне насильство. До цієї категорії належать усі види сексуальних дій із дітьми, а також примушення дітей займатися сексом між собою. Сексуальне насильство та сексуальна експлуатація є найважчими порушеннями прав дитини. За вагомістю нанесених травм сексуальне насильство та сексуальна експлуатація прирівнюються до тортур і катування. Навіть якщо дитина із задоволенням сприймає хтиві дії дорослого, це все одно є сексуальним насильством.

Кожна із цих категорій насильства заподіює дитині фізичної або психологічної шкоди різного ступеню, що, у свою чергу, може спричинити серйозну фізичну травму або навіть смерть.

Сімейне насильство над дітьми можна класифікувати також за такими ознаками:

- залежно від стратегії кривдника: явне та приховане (непряме);
- за часом: те, що відбувається зараз, і те, що сталося в минулому;
- за тривалістю: одноразове чи багаторазове, яке триває довгі роки.

Зазвичай дитина-жертва страждає одночасно від кількох видів насильства. Наприклад, інцест неминуче супроводжується руйнуванням сімейних стосунків і довіри в сім'ї, маніпулятивними стосунками, а часто й залякуванням із боку кривдника, що кваліфікується як психологічне насильство. Складовою частиною практично всіх видів насильства є психологічне.

Найчастіше жертвами насильства з боку як дорослих, так і однолітків, стають діти:

- які виховуються в умовах жорстких стосунків у сім'ї, а тому вороже сприймають світ і готові бути жертвами насильства з боку сильних і самі виявляти насильство до слабких;
- які виховуються в умовах покинутості, емоційного відторгнення, не отримують достатнього догляду й емоційного тепла, часто відстають у психофізичному розвитку, легко навіювані, не здатні оцінити ступінь небезпеки і чинити опір;
- "діти вулиці";
- які виховуються в обставинах безумовного підкорення, боязливі та тривожні, не вміють сказати "ні", із нечіткими особистісними границями, які роблять їх нездатними чинити опір насильству;
- із психічними аномаліями (психопатії, олігофренія, наслідки органічних захворювань центральної нервової системи та черепно-мозкових травм), не здатні адекватно оцінити небезпеку;
- маленькі внаслідок їхньої безпорадності;
- недоношені або з малою вагою при народженні (оскільки такі діти зазвичай більш дратівливі, більше плачуть, менше привабливі).

Сексуальне насильство над дітьми. Сексуальне насильство, скоєне щодо дитини, за наслідками належить до найважливіших психологічних травм. Сексуальне насильство щодо дітей включає велику кількість дій – від зґвалтування до примушення або заохочення дитини здійснювати сексуально забарвлені дотики до тіла дорослого або дитини, примушення дитини до роздягання, втягнення в оргії та ритуали, які супроводжуються сексуальними діями. Зазначимо, що не всі сексуальні насильницькі дії включають роздягання й дотики. Як уже зазначалося, навіть розмови на сексуальні теми, перегляд порножурналів і порнофільмів разом із дитиною є сексуальним насильством.

Діти, що одного разу потерпали від насильства з боку незнайомої людини, і діти, утягнені в інцестні стосунки протягом багатьох років, однаково визначаються як жертви насильства. У вивченні випадків дитячого сексуального насильства має бути включений попередній досвід дитини, сімейний контекст, а також супутнє нехтування або емоційне відторгнення чи фізичне насильство.

Статистичні дані свідчать про розповсюдженість цієї проблеми в сучасному суспільстві. У пострадянських країнах тема сексуального насильства над дітьми була тривалий час закритою, тому нині статистичні дані відсутні.

Зазвичай, коли йдеться про сексуальне насильство над дітьми, вживають такі терміни:

- кровозміщення;
- педофілія;
- розтління (розбещення) неповнолітніх;
- сексуальна експлуатація дітей.

Часто діти добровільно погоджуються на ті або інші сексуальні дії, оскільки, наприклад, відчувають довіру й любов до насильника, страх втратити його прихильність. На початковому етапі розвитку інцестних стосунків вони не здаються дитині насильницькими, оскільки все починається зазвичай із приємного фізичного контакту – дотиків, погладжувань – і лише згодом ці дії набувають усе більш сексуалізованого характеру. Маленькі діти можуть вважати, що такі стосунки є нормальними та прийнятними між люблячим дорослим і дитиною. Якщо діти й розуміють неправильність того, що відбувається, то вони не

хочуть втрачати те емоційне тепло, яке отримують від насильника в обмін на згоду та мовчання. Проте часто збереження дитиною таємниці може забезпечуватися за рахунок погроз і дезінформації. Зазвичай насильник не застосовує фізичної сили, але може загрожувати припиненням цих позитивно забарвлених для дитини стосунків: "Якщо ти комусь розкажеш про те, як хороше ми провели час, я більше не буду так робити. Я не принесу тобі цукерок чи подарунків. Запам'ятай – це наш секрет. Про це нікому не можна розповідати".

Значно небезпечнішою стає ситуація, коли поєднуються елементи сексуального та фізичного, психологічного насильства, дії супроводжуються погрозами й залякуванням: "Якщо розкажеш мамі, то відріжу язика..." тощо. Дитина сприймає ці погрози як реальні та страждає не лише від самої ситуації, а й від почуття власної безпорадності, неможливості звернутись по допомогу.

Як уже зазначалося, сексуальне насильство над дітьми включає як окремі ситуативні випадки, так і постійне насильство, що повторюється протягом багатьох років.

Коли мати виявляє, що чоловік мав статеві стосунки з її дитиною, вона наражається на складну дилему. Чи повинна вона захистити дитину і віддати батька під суд, коли в цьому випадку діти втратять батька і знатимуть, що "мама посадила тата до в'язниці"? Або їй слід подати на розлучення та зруйнувати сім'ю, що призведе до інших тяжких наслідків (зниження рівня життя, переїзд, страх, що батько може помститися)? Або їй краще мовчати й робити вигляд, що нічого не відбувається?

Ставлення матері до того, що батько чи вітчим вступив у сексуальні стосунки з дитиною, є ключовим у виборі подальших дій фахівця.

Викриття факту сексуального насильства. Найчастіше факт насильства розкривається, коли дитина сама вирішує розповісти про нього. Зазвичай спершу дитина розповідає про це своєму одноліткові, рідше – родичам та іншим дорослим. Діти можуть робити двозначні заяви, наприклад, "про іншого маленького хлопчика, якого я знаю", описуючи власну ситуацію стосовно цієї придуманої дитини; роблять натяки близьким друзям, учителям, сусідам. Підлітки можуть іти з дому без очевид-

ної на те причини, можливо, сподіваючись, що хтось запитас їх про причини й переживання, які призвели до цього. Це є сигналом небезпеки, який має привернути увагу дорослих.

Батьки можуть свідомо спростовувати наявність насильства над дитиною. Це може обумовлюватися тим, що вони самі втягнені в ситуацію насильства й можуть бути її прямими винуватцями. Тому інформація, отримана від батьків, не може вважатися достатньою, особливо якщо вона суперечить свідченням дитини або тим порушенням у її поведінці, які дозволяють припустити наявність насильства.

У дисфункційних сім'ях діти менше психологічно захищені від травматичних ситуацій. Батьки в таких сім'ях набагато частіше намагаються зменшити або приховати травматичні події щодо своєї дитини.

Насильство над дитиною в межах сім'ї має низку притаманних лише йому наслідків. Нинішні реалії свідчать, що кривдника, який чинить насильство над чужою дитиною, набагато легше засудити й покарати, ніж того, що чинить насильство у власній сім'ї. Проте для дитини – жертви сімейного насильства – ситуація гірше в кілька разів. У найгірших ситуаціях дитина, що залишається безпорадною у виборі між страхом насильства, яке триватиме, і страхом відторгнення від сім'ї за оприлюднення фактів насильства, шукає виходу в суїциді.

Для підвищення захисту й соціально-психологічної реабілітації жертв родинного насильства доцільно створити міждисциплінарну команду, тобто групу фахівців, які працюють із конкретним випадком на етапі соціального втручання.

Необхідність створення саме міждисциплінарної, міжвідомчої структури пояснюється такими факторами.

1. Насильство проти дітей є багатогранною проблемою, що містить соціальні, медичні, юридичні, психіатричні й освітні компоненти. Це вимагає широкого спектру знань і умінь від фахівців різних професій, що залучені до роботи із жертвами насильства.

2. Кожна із фахових груп має власні цінності, цілі, мову, рольові сподівання і погляд на реальність. З одного боку, це поширює спектр аспектів, у яких розглядається проблема, і допомоги,

яку може отримати жертва. З іншого боку, ці особливості фахівців можуть утруднити взаєморозуміння між ними й ускладнити взаємодію. Саме для поліпшення координації дій фахівців створюються міждисциплінарні команди.

Базовим стрижнем роботи такої міждисциплінарної групи є процес розгляду справи про насильство. У ході розгляду справи кожна із фахових груп має два завдання: 1) забезпечити надання послуг за своїм фахом сім'ї, у якій відбувалося насильство; 2) спілкуватися та співпрацювати, здійснювати обмін інформацією із представниками інших фахових груп із надання послуг цій сім'ї.

Різні служби, що входять до складу команди, діють у межах своїх звичайних ролей і відповідальності. Співпраця з іншими службами полягає, по-перше, в обміні інформацією, яку вдається отримати в ході роботи із сім'єю, а по-друге, у визначенні та застосуванні тих ролей конкретної служби, які потрібні саме в цьому конкретному випадку, що дає змогу напрацювати ефективніші методи допомоги для конкретних сімей і набутти досвіду для поліпшення рівня допомоги загалом.

Контрольні запитання

1. Які складові соціальної реабілітації невмотивованих клієнтів?
2. Чому особи з адиктивною поведінкою є невмотивованими клієнтами?
3. В чому полягають сутність та наслідки співузалежнення?
4. Визначте особливості соціальної реабілітації дитини відповідно до ролі, яку вона засвоює в алкогольно узалежненій сім'ї.
5. Розкрийте динаміку ставлення жінки до ситуації насильства над нею.

Завдання для самостійної роботи

Проблемна ситуація № 1

"...Ну й невістку мені Бог послав, уже не знаю, за які гріхи! Бач, яка швидка: покинула чоловіка, трикімнатну квартиру, забрала дітей – і до матусі з татусем переїхала. Юрмляться тепер уп'яťох із батьками у двох кімнатках! А через що це все?! Ну, випив чолові'яга раз-другий понад міри, ну й що? Під парканом не валяється, не алкоголік, значить. А як йому тепер не пити? У начальники вийшов, кожен до нього з поклоном іде, ну й несе із собою зрозуміло що. А як інакше? А вона не розу-

міє! Каже: "Або кидай пити, або розлучення". От дурепа! Не за свої-ж бо чоловік п'є, не від сім'ї відриває, приносять йому люди, поважають, значить. Радіти треба! А все пиха: не буду, каже, терпіти! Та інші ж жінки яких уже п'яниць роками терплять, а чоловіків не кидають... А яке в них кохання було! Ніколи ні сварки, ні скандалу, так добре жили. Ми, батьки, нарадуватися не могли..."

- 1) Чи правильно розмірковує свекруха?
- 2) До чого ведуть дії дружини?
- 3) Як можна спрогнозувати подальшу долю чоловіка?

Проблемна ситуація № 2

Проаналізуйте витяг із протоколу бесіди психолога з Любою А., 4 роки. Причина звернення матері дівчинки до психолога – дитячі острахи, мимовільні сіпання м'язів обличчя.

"Люба: – ...Так, мені часто буває страшно.

Психолог: – А чого ти боїшся?

Люба: – Усього боюся.

Психолог: – А чого ти боїшся найбільше?

Люба: – Боюся, що мама відвезе мене до своїх батьків.

Психолог: – А чому вона відвезе тебе туди?

Люба: – Не знаю. Мама каже, що забере мене й поїде до своїх батьків.

Психолог: – А коли вона так каже?

Люба: – Коли з татом свариться. Мама так кричить тоді! Я боюся, коли мама лається, вона тоді страшна.

Психолог: – А тато?

Люба: – Тато добрий. Він часто п'яним буває, смішний такий. Розмовляє незрозуміло, посміхається, цілує мене. Цукерки мені завжди приносить, коли п'яний. А мама за це свариться. Бабуся мене тоді до себе в кімнату забирає, вона каже, що в мами нерви. Я бабусю люблю. Вона ніколи на мене не кричить. І тато ніколи. Я не хочу їхати від них із мамою. Бабуся каже, що тато п'є, тому що в нього жінка – відьма... (мовчить. Потім, похлопившись) – Ой, тільки ви мамі не розповісте? Про тата? (і по тому повчально) – Цього казати не можна.

- 1) У чому можлива причина невротизації дівчинки?
- 2) Що можна сказати про сімейну ситуацію Люби?
- 3) Чи є в когось із членів сім'ї ознаки співзалежності?

Проблемна ситуація № 3

Люда закінчувала четвертий курс інституту, коли зустріла Сергія і закохалася в нього з першого погляду. Такий вишуканий, елегантний, галантний... Батьки з насторогою поставилися до їхньої різниці у віці – 20 років, але донька запевнила, що вони дуже кохають одне одного. Через три місяці зустрічей з'ясувалося, що Люда вагітна. Сергій запропонував їй одружитися, Люда з радістю погодилася.

Після весілля Сергій сказав Люді, що він добре заробляє і їй не варто продовжувати навчання в магістратурі. Достатньо, що вона вже має диплом бакалавра. Люда погодилася, оскільки вона мріяла бути лише господинею, виховувати дітей і не працювати. Усі умови для цього були: Сергій мав окрему квартиру, його бізнес процвітав.

Після народження дитини Сергій не погодився, щоб мати Людмили або хтось інший із її родичів приходив допомагати. Він найняв жінку для допомоги з господарства.

Чим далі, тим більше він обмежував спілкування Люди з її ріднею. Він вважав, що родичі лише псують дитину. Із подружками Люда ще й до народження дитини практично припинила стосунки. Чоловік казав, що в неї не може бути нічого спільного з ними, у них тепер зовсім різне життя та інтереси – вони неодружені, студентки, а вона сімейна жінка...

1. Чи є ознаки насильства над жінкою у цій родині?
2. Який можливий розвиток стосунків подружжя?
3. Чи є ризик фізичного насильства над жінкою у цій сім'ї?

Список рекомендованої літератури

1. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) / Т. Н. Дудко // Вопросы наркологии. – 2006. – № 1. – С. 31–41.
2. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг. ред. І. Д. Зверєвої. – 2-ге вид. – К. : Сімферополь : Універсум, 2013.
3. Замашкіна О.Д. Основи соціальної реабілітації : навч. посіб. / О. Д. Замашкіна. – ІДГУ-Ізмаїл, 2019.
4. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації : навч.-метод. комплекс / О. В. Безпалько, І. Д. Зверєва, З. П. Кияниця та ін. / за заг. ред. І. Д. Зверєвої, Ж. В. Петрочко. – К. : Фенікс, 2007.
5. Історія, теорія і практика соціальної роботи в Україні : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / С. Я. Харченко, М. С. Кратінов, Л. Ц. Ваховський та ін. – Луганськ : Альма-матер, 2005.
6. Протидія домашньому та ґендерно зумовленому насильству й добробут громад : метод. посіб./ за заг. ред. О. О. Кочемировської.– К. : ФОП Клименко, 2020.
7. Проти насильства : збірка / упорядниця Лариса Денисенко. – К. : ВАІТЕ, 2018.

6.1. Організаційні форми соціальної реабілітації

Для створення ефективного середовища відновлення одним із 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, уможливило розв'язання складної життєвої ситуації або досягнення значної ремісії, оволодіння соціальними навичками тощо. Таким соціокультурним середовищем має бути територіальна громада, де проживає особа, що є включеною до процесу соціальної реабілітації.

В Україні триває реформа децентралізації, в умовах якої саме територіальні громади мають узяти на себе відповідальність за безпеку, благополуччя, добробут громадян, своєчасну підтримку вразливих сімей з дітьми. 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.

Одним з напрямів роботи територіальної громади є сприяння розвитку інклюзивного навчання. Українські та міжнародні експерти зазначають, що в питанні розвитку інклюзивного навчання Україна зробила потужний крок вперед. Станом на 1 січня 2020 р. в інклюзивних класах навчається 19845 учнів із особливими освітніми потребами. Ця кількість у сім разів перевищує дані п'ятирічної давнини. На початок 2020 р. в Україні створено 13793 інклюзивні класи. Так, у 2019/2020 навчальному році 35 % від загальної кількості закладів загальної середньої освіти організували інклюзивне навчання.

У закладах дошкільної освіти станом на 1 січня 2020 р. здобувають освіту 4681 вихованець із особливими освітніми потребами. Також із 2019/2020 навчального року інклюзивне навчання запроваджено в закладах професійної, професійно-технічної та вищої освіти, де інклюзивно навчаються 1312 здобувачів освіти з особливими освітніми потребами.

ЮНЕСКО визначає інклюзивне навчання як "процес звернення і відповіді на різноманітні потреби учнів через забезпечення їхньої участі в навчанні, культурних заходах і житті громади та зменшення виключення в освіті та навчальному процесі". Отже, це такий спосіб отримання освіти, коли учні або студенти з особливими освітніми потребами навчаються в загальному освітньому середовищі за місцем свого проживання, що є альтернативою інтернатній системі, за якою вони утримуються та навчаються окремо від інших дітей, або домашньому та індивідуальному навчанню.

Інклюзивне навчання – це система освітніх послуг, що забезпечує реалізацію права на освіту осіб з особливими освітніми потребами, а також їхню соціалізацію та інтеграцію в суспільство. Психолого-педагогічна, корекційно-розвиткова та інша допомога особам з особливими освітніми потребами в системі освіти надається у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, з урахуванням їхніх потреб, визначених в індивідуальній програмі розвитку особи з особливими освітніми потребами.

Особа з особливими освітніми потребами – це особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення права на освіту, сприяння розвитку особистості, поліпшення стану здоров'я та якості життя, підвищення рівня участі у житті громади.

Освіта дітей з обмеженими освітніми потребами організовується спільно з іншими учнями у закладах освіти. Інклюзивна школа – заклад, який відкритий для навчання всіх дітей, незалежно від їхніх фізичних, інтелектуальних, соціальних, емоційних, мовних чи інших особливостей. Вона потребує реструктуризації культурно-освітнього середовища, охоплюючи приміщення закладу освіти, педагогічний колектив, учнів та їх батьків.

Інклюзивний підхід в освіті покликаний сформувати педагогічну свідомість учителів і вихователів, стерти негативні стереотипи та настанови, які заважають сприймати дитину з особливими освітніми потребами як цілісну особистість, повноцінну складову суспільства.

Інклюзивно-ресурсний центр (ІРЦ) – це установа, яка створена з метою реалізації права дітей з особливими освітніми потребами віком від 2 до 18 років на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти, зокрема у закладах професійної (професійно-технічної) освіти та інших навчальних закладах, які забезпечують здобуття загальної середньої освіти.

Інклюзивно-ресурсні центри:

- проводять комплексне психолого-педагогічне оцінювання розвитку дитини;
- надають психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги;
- забезпечують системний і кваліфікований супровід дитини з особливими освітніми потребами.

Станом на травень 2020 р. створені та працюють 627 інклюзивно-ресурсних центрів. Інклюзивно-ресурсні центри є у всіх областях України, отже, діти з особливими освітніми потребами та їхні батьки можуть отримати відповідні послуги за місцем проживання.

Фахівці інклюзивно-ресурсних центрів:

- визначають напрями й обсяг психолого-педагогічних і корекційно-розвиткових послуг, які надаються дітям з особливими освітніми потребами (для дитини з інвалідністю – з урахуванням індивідуальної програми реабілітації), та забезпечують їх надання шляхом проведення індивідуальних і групових занять;
- надають рекомендації щодо складання, виконання, коригування індивідуальної програми розвитку в частині надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг, змісту, форм і методів навчання відповідно до потенційних можливостей дитини, створення належних умов для навчання залежно від порушення розвитку дітей з особливими освітніми потребами (доступність приміщень, особливості облаштування робочого місця, використання технічних засобів тощо).

З метою забезпечення ефективності освітнього процесу дітей з особливими освітніми потребами (ООП), які здобувають освіту в умовах інклюзивного навчання в закладах загальної середньої освіти, утворюють команди психолого-педагогічного супроводу (КППС).

Психолого-педагогічний супровід – це комплексна система заходів з організації освітнього процесу і розвитку дитини, передбачена Індивідуальною програмою розвитку дитини (ІПР).

Основні принципи діяльності КППС:

- повага до індивідуальних особливостей дитини з ООП;
- дотримання інтересів дитини з ООП, недопущення дискримінації та порушення її прав;
- командний підхід;
- активна співпраця з батьками дитини з ООП, залучення їх до освітнього процесу і розроблення ІПР;
- міжвідомча співпраця.

Завдання команди психолого-педагогічного супроводу:

- збирання інформації про особливості розвитку дитини, її інтереси, труднощі, освітні потреби на етапах створення, реалізації та моніторингу виконання ІПР;
- визначення напрямів психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг, що можуть бути надані в межах закладу освіти на підставі висновку Інклюзивно-ресурсного центру (ІРЦ), і забезпечення надання цих послуг;
- розроблення ІПР для кожної дитини з ООП і моніторинг її виконання з метою коригування та визначення динаміки розвитку дитини;
- надання методичної підтримки педагогічним працівникам закладу освіти з організації інклюзивного навчання;
- створення належних умов для інтеграції дітей з ООП в освітнє середовище;
- проведення консультативної роботи з батьками дітей з ООП щодо особливостей їхнього розвитку, навчання і виховання;
- проведення інформаційно-просвітницької роботи у закладі освіти серед педагогічних працівників, батьків і дітей з метою недопущення дискримінації та порушення прав дитини, формування дружнього і неупередженого ставлення до дітей з ООП.

Склад психолого-педагогічного супроводу визначається з урахуванням освітніх потреб дитини з ООП. Постійні учасники: директор або заступник директора з навчально-виховної роботи, учитель початкових класів (класний керівник), учитель-предметник, асистент учителя, практичний психолог, соціальний педагог, учитель-дефектолог (з урахуванням освітніх потреб дитини з ООП), учитель-реабілітолог і батьки або законні представники дитини з ООП та ін. Залучені фахівці: медичний працівник закладу освіти, лікар, асистент дитини, спеціалісти системи соціального захисту населення, служби у справах дітей та ін. Загальне керівництво КППС покладається на директора або заступника директора з навчально-виховної роботи, який несе відповідальність за виконання покладених на КППС завдань і розподіл функцій між її учасниками.

Громада відіграє важливу роль у роботі фахівця із соціальної роботи із сім'єю, оскільки підтримка сім'ї громадою діє як захисний фактор, тому сім'я має більше можливостей для створення безпечної і стабільної основи, що дозволяє їй більш ефективно реагувати на стресові ситуації. Робота із громадами спрямована як на неформальне соціальне оточення сім'ї, так і на установи, організації та заклади всіх форм власності. Кінцева мета роботи із громадою полягає у її заохоченні до самостійності у підтримці сімей без втручання соціальних служб.

Із 2006 р. в Україні розпочалася деінституціалізація дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. *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 підтримувальних послуг для дітей і сімей у громадах.

У 2017 р. Кабінет Міністрів України ухвалив Національну стратегію реформування інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 рр., 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.

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.

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).

Розглянемо диференціацію соціально-реабілітаційних практик для дітей на альтернативні (сімейні, індивідуальні, заклади соціального захисту з умовами, наближеними до сімейних) та інституційні форми. При визначенні альтернативної форми за основу беремо 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.

Альтернативні форми соціально-реабілітаційних практик включають:

- сімейні, до яких належать патронат, прийомні сім'ї та дитячі будинки сімейного типу;
- індивідуальну (наставництво);
- заклади соціального захисту з умовами, наближеними до сімейних, що представлені малими груповими будинками, центрами соціальної підтримки дітей та сімей.

Серед сімейних соціально-реабілітаційних практик важливе місце займає *патронат* – тимчасовий догляд, виховання та реабілітація дитини в сім'ї патронатного вихователя на період подолання дитиною, її батьками або іншими законними представниками складних життєвих обставин.

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.

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.

Отже, прийомна сім'я та дитячий будинок сімейного типу – це форми тимчасової соціальної підтримки дітей, зазвичай до набуття ними повноліття, а за продовження навчання – до 23 років, яким держава делегує виховання в сімейній формі дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.

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).

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 фізич-

ного, духовного та інтелектуального потенціалу, упевненості у власних силах, формування культурних і моральних цінностей.

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 піклування, зокрема й дітей з інвалідністю, та осіб з їх числа в умовах, наближених до сімейних. Метою діяльності малого групового будинку є забезпечення умов проживання для дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, зокрема й дітей з інвалідністю, та осіб з їх числа шляхом їх догляду та виховання в умовах, максимально наближених до сімейних, соціалізації та підготовки до самостійного життя, організації надання їм комплексу необхідних послуг, зокрема у громаді, сприяння поверненню дітей у біологічну сім'ю або влаштування в сімейні форми виховання.

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. 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.

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;
- повнолітні особи віком до 23 років з дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, якщо вони навчаються у закладі вищої освіти і не мають свого заробітку, а лише стипендію;
- діти з обмеженнями життєдіяльності (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.

6.2. Інституційні форми соціальної реабілітації

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.

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. 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; спри-

яння 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.

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.

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).

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 і 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, оволодіння нею уміннями та навичками самообслуговування, правилами поведінки та спілкування з оточуючими;
- соціально-медична реабілітація і оздоровлення – проведення комплексу заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я дитини, зокрема корекцію психічного стану, забезпечення оздоровлення, інформаційно-просвітницької роботи серед дітей, батьків, персоналу закладу з питань здорового способу життя;
- забезпечення загальноосвітнього і культурного рівня, професійної підготовки, розвитку індивідуальних здібностей і нахилів, 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 професійних училищ соціальної реабілітації – від 14 років. Діти перебувають у зазначених школах і професійних училищах соціальної реабілітації в межах установленого 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. 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 доправляються 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.

На жаль, у центрах соціально-психологічної реабілітації дітей до сьогодні не розроблено їхнє методичне забезпечення з урахуванням концепції індивідуального планування роботи з дитиною та сім'єю. Отже, найважливішими умовами ефективності роботи з дитиною та її найближчим соціальним оточенням є використання результатів наукових досліджень.

Однією з головних цілей реабілітації осіб з адиктивною поведінкою є формування нових та відновлення втрачених навичок повноцінного тверезого життя та функціонування здорової особистості. Найчастіше без повної зміни способу життя неможливе досягнення повноцінної ремісії, тому основою їхньої реабілітації є ізоляція від звичного оточення, тобто перебування у стаціонарі під час проходження реабілітації.

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.

При роботі з клієнтом, залежним від алкоголю, у контексті соціально-психологічної реабілітації найважливішими є прин-

ципи добровільності, конфіденційності, залучення сім'ї, допомоги та самопомоги, комплексності.

Ринок соціально-психологічної реабілітації осіб, залежних від алкоголю, представлений такими видами послуг:

- плацебо – сугестивні методики (кодування, підшивання, торпедо, гіпноз);
- 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 з алкогольною та наркозалежністю. Особливо дієво спрацьовує такий підхід для релігійних людей, які не довіряють традиційній психотерапії.

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 не доступні 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 за-
лежного сильного психічного потягу, який призводить до дефор-
мації мотиваційної сфери, негативно впливає на всі аспекти його
психічного життя. Соціально-психологічна реабілітація якщо і
проводиться, то вважається додатковим напрямом допомоги й
не має чітко визначеної мети, предмета, завдань, етапів.

Необхідним є запровадження програм соціально-психологіч-
ної реабілітації. Доцільність соціально-психологічної спрямова-
ності таких програм продиктована тим, що необхідність со-
ціально-психологічної допомоги на етапі ремісії залежної люди-
ни набагато перевершує необхідність у медикаментозній допо-
мозі. Пріоритет психологічного, особистісного в захворюванні
потребує перенесення акцентів у комплексному лікуванні алко-
голізму 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 розроблення стратегій формування здорової осо-
бистості з адекватними формами реагування, соціально позити-
вними моделями поведінки.

Зазначені проблеми зумовлюють необхідність розроблення
моделі оцінювання діяльності центрів соціально-психологічної
реабілітації осіб, залежних від алкоголю. Така модель передба-
чає 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 реабілі-
тації мають бути: умови проходження програми реабілітації;
професійний склад фахівців центрів; відкритість (співпраця)
центру та соціальний супровід після реабілітації.

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 сприяє врахуванню специфіки індивідуального бажання участі в певному виді занять окремого клієнта, що підвищує 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 сприяє контролюваності реабілітаційного процесу з боку клієнта, його активності та ініціативності у процесі реабілітації, відчуттю себе суб'єктом власної життєдіяльності.

Можливість позитивного оцінювання діяльності центру передбачає насамперед обов'язкову наявність у ньому програми соціальної реабілітації. Перевірка діяльності центру за цим па-

раметром 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. Умови проходження програми реабілітації мають бути обов'язковими для реабілітаційних центрів різних форм власності та підпорядкування: тверезість, виконання правил центру та підписання контракту.

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.

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 та інформаційні заняття. Доцільно окремо виділити програми роботи зі співзалежними, тому що такі програми передбачають комплексну роботу зі співзалежною осо-

бою, навіть за відмови самого адикта брати участь у процесі реабілітації. Сімейне навчання передбачає засвоєння моделей і способів поведінки з 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.

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.

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 і акредитації роботи реабілітаційних закладів щодо надання допомоги алкозалежним особам.

Як приклад функціонування центрів соціально-психологічної реабілітації осіб, залежних від алкоголю, наведемо історію та сучасний стан роботи реабілітаційного центру "Сходи".

Історія Міжнародної благодійної організації "Реабілітаційний центр "Сходи" (далі – МБО РЦ "Сходи") почалася більш ніж 30 років тому, коли його керівник – лікар-психіатр, кандидат медичних наук Сергій Дворяк – у 1989 р. взяв участь у Літній школі алкогольних досліджень Університету Ратгерс, Нью Джерсі, США, де познайомився із терапевтичною програмою "12 кроків", американськими реабілітаційними центрами для хворих на хімічну залежність і разом із психологом, психоаналітиком, кандидатом фізико-математичних наук Олександром Ахмеровим

вирішив створити подібний центр в Україні. "Сходи" зберігають тісні професійні відносини з американськими та європейськими реабілітаційними центрами. Керівник Центру та співробітники проходили стажування в різних навчальних і лікувальних установах Сполучених Штатів Америки і Західної Європи. Президент МБО РЦ "Сходи" О. Ю. Ахмеров є доцентом кафедри психології ОНУ імені І. І. Мечникова та протягом більш ніж 15 років читає курс лекцій "Психологія залежної поведінки" на психологічних факультетах університетів, проводить тренінги для психологів-адиктологів та консультантів з реабілітації.

Реабілітаційний центр "Сходи" зареєстрований як міжнародна благодійна громадська організація. Центр почав роботу в 1991 р. у формі малого підприємства, хоча завжди був, по суті, некомерційною організацією. За цей час створені амбулаторна, стаціонарна програми та програма денного стаціонару; на постійній основі надається психологічна допомога родинам хворих на хімічну залежність, здійснюються сімейна терапія та сімейна освіта; проводяться підготовка і навчання професійних консультантів із колишніх пацієнтів; виходить всеукраїнський журнал "Сходи", присвячений питанням одужання та профілактики хімічної залежності; розробляються методичні матеріали з реабілітації хімічної залежності, ведеться наукова робота. МБО РЦ "Сходи" є колективним членом Європейської асоціації терапевтичних спільнот Euro TC.

Місія організації – розвиток і поширення ефективних, науково обґрунтованих нерепресивних підходів і технологій у сферах профілактики, лікування, реабілітації, підтримки та зниження шкоди від хімічної залежності (алкоголю та наркотиків) і пов'язаних із нею проблем суспільного здоров'я (ВІЛ/СНІД, ЗПСШ тощо). Ця мета досягається шляхом здійснення широкого спектру діяльності у шести основних напрямках.

1. Психосоціальна реабілітація та підтримка людей з патологічними залежностями і членів їхніх родин, зокрема й просвітницька та освітні програми, реабілітація та підтримка ВІЛ-позитивних клієнтів, профілактика патологічних залежностей та ВІЛ/СНІД.

2. Сприяння розвитку місцевої, регіональної та національної політики, спрямованої на впровадження ефективних підходів

і технологій із профілактики, зниження шкоди, лікування та підтримки, реабілітації хімічної залежності та пов'язаних із нею проблем суспільного здоров'я (ВІЛ/СНІД, ЗПСШ тощо), налагодження політичного діалогу.

3. Підтримка суспільних ініціатив на території України та країн Європи і близького зарубіжжя у сферах профілактики, зниження шкоди, лікування і підтримки, реабілітації патологічних залежностей та пов'язаних із ними проблем суспільного здоров'я (ВІЛ/СНІД, ЗПСШ тощо), упровадження ефективних моделей.

4. Програми захисту прав людей із хімічною залежністю і людей, що живуть із ВІЛ/СНІД.

5. Освітньо-методична діяльність:

а) науково-практичні конференції, семінари, тренінги та стажування (зокрема дипломна практика студентів ЗВО і коледжу соціальної роботи) для підготовки, перепідготовки й обміну досвідом фахівців, що працюють із хімічною залежністю і ВІЛ/СНІД;

б) видання навчальних посібників, просвітницьких і освітніх матеріалів для широкого кола громадськості;

в) розроблення, упровадження та читання курсів лекцій "Групи самопомогі: психологічні аспекти залежності" (36 год) в Одеському національному університеті ім. І. І. Мечникова та "Психологія залежної поведінки" (48 год) у Київському інституті психології та психотерапії тощо; МБО РЦ "Сходи" також є базовою організацією для проходження виробничої практики студентами-психологами.

6. Відстоювання верховенства прав людини, розвиток професійної етики та культури надання послуг із профілактики, зниження шкоди, лікування та підтримки, реабілітації хімічної залежності та ВІЛ/СНІД.

Структура та кількісний склад організації. МБО РЦ "Сходи" – некомерційна, недержавна організація, вищим органом керування якої є загальні збори її членів. Також до органів керування належить правління організації (п'ять осіб) на чолі із президентом, кандидатом фізико-математичних наук Ахмеровим Олександром Юрійовичем, і наглядацька рада (три особи): Недоступ В. І, Полтавець Д., Морозова А. Г.

Персонал терапевтичної програми

Керівник терапевтичної програми (клінічний психолог або психотерапевт):

- несе відповідальність за роботу всіх реабілітаційних програм, якість і безперервність послуг, що надаються;
- проводить індивідуальну та групову терапію для пацієнтів;
- проводить освітні програми та сімейне консультування;
- приймає рішення про приймання і дострокове виписування пацієнтів;
- проводить наради співробітників, присвячені оцінюванню статусу пацієнтів і виробленню лікувального плану;
- відповідає за профілактику "вигорання" персоналу;
- за необхідності проводить індивідуальну терапію та навчання співробітників програми;
- проводить регулярні наради співробітників з обговорення окремих терапевтичних випадків (на зразок балінтовських груп);
- здійснює супервізію;
- проводить тестування на професійну придатність співробітників;
- головує на робочих нарадах персоналу.

Лікар-консультант:

- відповідає за фізичне здоров'я пацієнтів і санітарний стан приміщень центру;
- проводить первинний медичний огляд і реєструє медичний статус в індивідуальній статистичній карті пацієнта;
- стежить за фізичним станом пацієнтів, проводить регулярні огляди пацієнтів і лікування незначних медичних проблем;
- за необхідності направляє пацієнтів на додаткове консультування із фахівцями або на обстеження;
- проводить тестування на вміст наркотичних речовин за допомогою стандартних тест-систем;
- бере участь у нарадах співробітників, присвячених оцінюванню статусу пацієнтів і виробленню лікувального плану;
- робить доповіді про стан пацієнтів;
- бере участь у робочих нарадах співробітників.

Лікар-інфекціоніст:

- робить огляд пацієнтів, пов'язаний із проблемою ВІЛ-інфекції;
- проводить консультації із цієї проблеми, за необхідності направляє на діагностичне обстеження і призначає лікування.

Психолог-терапевт:

- проводить групову терапію;
- за необхідності проводить індивідуальну терапію та консультування;
- проводить освітні програми;
- проводить арттерапевтичні заняття;
- заповнює індивідуальну картку пацієнта;
- складає разом із пацієнтом індивідуальний план лікування;
- відповідає за ведення повної документації під час реабілітаційного процесу;
- здійснює контроль і керує діяльністю волонтерів як складовою частиною постамбулаторного процесу;
- проводить навчання співробітників;
- бере участь у нарадах співробітників, присвячених оцінюванню статусу пацієнтів, виробленню лікувального плану;
- робить доповіді про стан пацієнта;
- бере участь і/або головує на робочих нарадах співробітників.

Ведучий малої групи:

- проводить індивідуальне та групове консультування в малих групах;
- при прийомі до Центру заповнює індивідуальну картку пацієнта;
- проводить роботу в малих групах (письмові й усні заняття);
- бере участь у нарадах співробітників, присвячених оцінюванню статусу пацієнтів;
- робить доповіді про стан пацієнта;
- бере участь у робочих нарадах співробітників.

Інструктор з одужання (Counsellor):

- надає консультації всім, хто звернувся до Центру;
- фіксує інформацію про всі звертання до Центру;
- підтримує базу даних протягом своєї зміни;

- відповідає за порядок і щоденну роботу всіх програм;
 - спостерігає за поведінкою пацієнтів, за необхідності проводить індивідуальні бесіди;
 - за необхідності надає допомогу ведучим малих груп (проводить письмові заняття з пацієнтами);
 - бере участь у нарадах співробітників, присвячених оцінюванню статусу пацієнтів;
 - робить доповіді про стан пацієнта;
 - бере участь у робочих нарадах співробітників.
- Черговий інструктор з одужання:
- відповідає за дотримання розпорядку дня в Центрі та за щоденну роботу у вечірній і нічний часи;
 - спостерігає за поведінкою пацієнтів;
 - за необхідності проводить індивідуальне консультування і/або індивідуальні бесіди; проводить підсумкове заняття з "Десятого кроку";
 - бере участь у нарадах співробітників, присвячених оцінюванню статусу пацієнтів;
 - робить доповіді про стан пацієнта;
 - бере участь у робочих нарадах співробітників.

Поетапна схема програми реабілітації

Програма може бути умовно поділена на чотири етапи.

1. Етап, що передує надходженню до Центру (дореабілітаційний).
2. Етап активної терапевтичної інтервенції.
3. Етап формування стійкої ремісії.
4. Етап протирецидивної та підтримувальної терапії.

Кожний з етапів має власну стратегію та відрізняється від інших змістом і тривалістю. Проте всі вони становлять одне ціле та спрямовані на досягнення головної мети, отже, поділ значною мірою умовний.

Наведемо приклад роботи реабілітаційного центру "Сенс" (м. Київ) як зразок організації амбулаторної програми психологічної допомоги алкозалежним людям у мережі центрів соціальних служб.

Центр амбулаторної психологічної реабілітації алкозалежних "Сенс" є прикладом унікального досвіду в нашій країні. Є багато прикладів співробітництва (вдалих і не дуже) районних центрів

соціальних служб із громадськими організаціями, які надають допомогу uzалежненим особам. Однак, на відміну від останніх, центр "Сенс" є не окремою організацією, а структурним підрозділом самої соціальної служби (Дніпровський районний у місті Києві центр соціальних служб). Отже, досвід центру "Сенс" є прикладом повної узгодженості в роботі на всіх рівнях системи соціально-психологічної допомоги uzалежненим людям у масштабі окремо взятого району міста.

Другим аспектом унікальності центру "Сенс" є методологічна основа його роботи: на сьогодні його можна вважати українським ноухау, що відзначається авторським методологічним підходом до психотерапії та психологічної реабілітації хімічно залежних людей з науковим обґрунтуванням та доказовою ефективністю. Саме в центрі "Сенс" було розроблено Інтегративну особистісно-орієнтовану розвивальну (ІООР) модель психологічної реабілітації та психотерапії адикцій. Програму реабілітації на основі ІООР-моделі (за якою з 2013 р. працює центр "Сенс") було ухвалено Міністерством соціальної політики України (Департамент сім'ї та дітей, 24.12.2013, № 4508/0/205-13/57). Загалом було опубліковано понад 15 наукових праць, що пов'язані з ІООР-моделлю та роботою центру "Сенс", видано науково-методичний посібник, здійснено наукове дослідження, на основі якого була захищена кандидатська дисертація.

6.3. Соціальна реабілітація засуджених осіб у практиці служби пробації

Попередження рецидивної злочинності є важливим завданням правоохоронних органів у будь-якій країні. В Україні однією з перешкод до розв'язання цієї актуальної проблеми є недостатній розвиток наукового підходу, а саме вивчення соціально-психологічного аспекту профілактики повторних правопорушень.

Важливим поштовхом до розв'язання зазначеної проблеми має бути реалізація закону про службу пробації. *Пробація* – це система наглядових та соціально-виховних заходів, які застосо-

вуються за рішенням суду та відповідно до закону до осіб, яких притягнуто до кримінальної відповідальності, та забезпечення суду інформацією, що характеризує особу, яка притягається до кримінальної відповідальності; підготовка досудових доповідей щодо осіб, які притягаються до кримінальної відповідальності; здійснення нагляду; виконання певних видів покарань, не пов'язаних із позбавленням волі; направлення засуджених до обмеження волі для відбування покарання до виправних центрів; реалізація пробаційних програм щодо осіб, звільнених від відбування покарання з випробуванням; проведення соціально-виховної роботи; здійснення заходів щодо підготовки осіб, які відбувають покарання у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк, до звільнення.

Відповідно до закону органи пробації реалізують пробаційні програми щодо осіб, звільнених від відбування покарання з випробуванням. Зазначена міра покарання застосовується лише до осіб, які вперше вчинили правопорушення. Зрозуміло, що здебільшого це стосується неповнолітніх, тобто осіб віком від 14 до 18 років. Пробація здійснюється з урахуванням вікових та психологічних особливостей неповнолітніх і спрямована на забезпечення їхнього нормального фізичного і психічного розвитку, профілактику агресивної поведінки, мотивацію позитивних змін особистості та поліпшення соціальних стосунків.

Слід зазначити, що в законі "Про пробацію" великі сподівання покладаються на волонтерів. Із контексту зрозуміло, що соціально-виховна робота буде насамперед сферою їхньої діяльності. Зокрема зазначається, що соціально-виховна робота – це цілеспрямована діяльність органів пробації для досягнення мети виправлення клієнтів пробації. Соціально-виховна робота проводиться за індивідуальним планом із клієнтом пробації з урахуванням оцінювання ризиків вчинення повторних кримінальних правопорушень та передбачає диференційований підхід під час надання консультативної, психологічної та інших видів допомоги. Зрозуміло, що зазначені види діяльності можуть реалізовувати лише фахівці. Разом із цим сприяння працевлаштуванню чи залучення до навчання, участь у культурних заходах та організацію таких заходів і забезпечення об'єкта й технологіч-

них засобів соціально корисної діяльності (напр. громадських робіт) цілком можливо здійснювати силами волонтерів.

Заходи соціально-виховної роботи разом із заходами нагляду включаються до індивідуального плану роботи з клієнтом пробації. Соціально-виховна робота проводиться з усіма категоріями клієнтів пробації.

Водночас слід зважати на те, що всі зазначені вище заходи будуть малоефективні без наукового підґрунтя. Зокрема доведено, що неповнолітні засуджені за своїми соціально-психологічними характеристиками не є однорідною групою, а отже, виховна робота з ними має проводитися диференційовано.

Побудова індивідуальних диференційованих пробаційних програм ресоціалізації є складним і водночас творчим процесом, у якому беруть участь фахівці соціально-психологічної, виховної роботи й сам засуджений. Програма не є простою сукупністю заходів – це система виховних впливів спеціалістів, що спрямовані на стимулювання соціально схвалюваної діяльності підлітка за чітко визначеним планом і відповідними термінами виконання. Складається така програма зазвичай на півроку, а в особливо складних випадках – на один – три місяці. Відповідно до результатів виконання програми засуджений отримує певні заохочення. Проте перелік заохочень украй малий. Зокрема, за сумлінну поведінку і відповідальне ставлення до навчання, праці, активну участь у позакласній роботі підлітки можуть отримати подяку, похвальну грамоту, подарунок тощо. Зрозуміло, що для неповнолітніх правопорушників такі заохочення не є достатніми, оскільки особливості підліткового віку зумовлюють прагнення до інших стимулів.

Відповідно до закону до реалізації пробаційних програм можуть залучатися підприємства, установи та організації незалежно від форм власності. Звичайно, це дуже потрібно, проте без участі соціальних служб координація зусиль різних закладів навряд чи можлива. Тому включення саме фахівців соціальної роботи (як науковців, так і практиків) до цього процесу вкрай необхідно.

Розглянемо місце соціальної роботи відповідно до різновидів діяльності служби пробації. Досудова пробація передбачає забезпечення суду чітко представленою інформацією, що характе-

ризує особу, яка притягається до кримінальної відповідальності, з метою прийняття судом рішення про міру її відповідальності. Для підготовки досудової доповіді персонал органів пробачії має право отримувати інформацію про особу, яка притягається до кримінальної відповідальності, від підприємств, установ, організацій або уповноважених ними органів та від громадян. Зрозуміло, що виконання таких завдань найбільш доцільно дооручити особам, що мають освіту соціального працівника.

Досудова доповідь стосовно особи, яка притягається до кримінальної відповідальності, має містити: соціально-психологічну характеристику; оцінку ризиків вчинення повторного кримінального правопорушення; висновок щодо можливості виправлення без обмеження волі або позбавлення волі на певний строк. Ефективно виконати зазначені вимоги може лише фахівець, який знає психологію, педагогіку, має базові знання із психопатології і психіатрії. З огляду на це видається дивним, що порядку складання досудової доповіді затверджується центральним органом виконавчої влади, що формує державну політику у сфері виконання кримінальних покарань та пробачії, а не спеціалістами із психології, педагогіки та соціальної роботи.

Найбільш важливою складовою діяльності служби пробачії є наглядова пробачія, що полягає у здійсненні наглядових та соціально-виховних заходів щодо засуджених до покарань у вигляді позбавлення права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю, засуджених до громадських робіт, виправних робіт, до осіб, звільнених від відбування покарання з випробуванням, звільнених від відбування покарання вагітних жінок і жінок, які мають дітей віком до трьох років, а також направлення засуджених до обмеження волі для відбування покарання до виправних центрів.

Проте порядок здійснення нагляду та проведення соціально-виховної роботи з клієнтами пробачії затверджується центральним органом виконавчої влади, що формує державну політику у сфері виконання кримінальних покарань та пробачії. На нашу думку, розроблення форм та методів наглядової пробачії, порядок її здійснення потребує серйозного наукового аналізу, психологічного обґрунтування та апробації результатів досліджень на експе-

риментальних майданчиках. Особливо гостро це питання постає в тому разі, коли йдеться про реалізацію пробаційних програм.

Метою реалізації пробаційних програм, що входять до складу системи ресоціалізації, є попередження рецидиву правопорушень підлітків, тобто насамперед забезпечення їхнього працевлаштування та навчання. Органи пробації сприяють залученню неповнолітніх до навчання та здобуттю ними повної загальної середньої освіти. Крім цього, необхідне створення сприятливого соціального середовища, тому виховна робота щодо неповнолітніх може проводитися із залученням батьків (або їхніх законних представників) або наставників.

Щоб змінити спрямованість засуджених, має бути розроблена програма ресоціалізації, яка включає соціально-психологічні тренінги з різної тематики, консультації (як індивідуальні, так і групові), які проводять соціальні педагоги, працівники соціально-виховної та психологічної служби, соціальні працівники.

Контрольні запитання

1. Яка динаміка впровадження інклюзивного навчання в Україні?
2. Які мета і завдання діяльності інклюзивно-ресурсних центрів?
3. Які мета і завдання діяльності малого групового будинку?
4. Які категорії дітей перебувають у центрах соціально-психологічної реабілітації?
5. Назвіть параметри моделі оцінювання роботи реабілітаційних центрів для осіб з адиктивною поведінкою.
6. Розкрийте зміст діяльності служби пробації.

Завдання для самостійної роботи

1. Складіть план індивідуального розвитку для учня першого класу з діагнозом "розлади аутичного спектру".
2. Визначте зміст та форми роботи соціального педагога із соціальної реабілітації підлітків, які перебувають у центрі соціально-психологічної реабілітації.
3. Проаналізуйте сайти центрів соціальної реабілітації та оцініть якість їх роботи із соціальної реабілітації клієнтів з адиктивною поведінкою.

Список рекомендованої літератури

1. Бондар В. І. Інклюзивне навчання як соціально-педагогічний феномен / Віталій Іванович Бондар // Рідна школа. – 2011. – № 3. – С. 10–14.
2. Грицюк Н. Діти з порушенням психофізичного розвитку: поради батькам / Н. Грицюк, Л. Гуцал // Дефектологія. – 2008. – № 12. – С. 45–58.
3. Гусак Н. Є. Розвиток законодавства України про соціальну реабілітацію [Електронний ресурс] / Н. Є. Гусак // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – Режим доступу : [Нір://Zakon3.rada.gov.ua/la№/5nom/1060-12/page](http://Zakon3.rada.gov.ua/la№/5nom/1060-12/page)
4. Іванов В. О. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб, залежних від алкоголю : наук.-метод. посіб. / В. О. Іванов, Ю. М. Безсмертний, Д. Ю. Старков. – К. : ПАТ "Віпол", 2013.
5. 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.
6. Попелюшко Р. П. Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими потребами в інклюзивному навчанні / Р. П. Попелюшко // Зб. наук. праць Хмельницького ін-ту соціал. технол. Ун-ту "Україна". – 2014. – № 1(9). – С. 109–113.
7. Психологічний супровід інклюзивної освіти : метод. рек. / автор. кол. за заг. ред. А. Г. Обухівської. – К. : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017.
8. 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.
9. Шевцов А. Г. Педагогічні аспекти реабілітаційного процесу / А. Г. Шевцов // Дефектологія. – 2007. – № 2. – С. 10–13.
10. Засоби виправлення і ресоціалізації засуджених до позбавлення волі : монографія / за заг. ред. А. Х. Степанюка. – Х. : Кроссруд, 2011.

7.1. Підготовка фахівців із соціальної реабілітації у контексті стратегії розвитку вищої освіти в Україні та за кордоном

Фундаментальним завданням професійної освіти є підготовка висококваліфікованого, конкурентоздатного, компетентного, відповідального фахівця відповідного рівня та профілю, здатного орієнтуватися у суміжних сферах діяльності та здійснювати ефективну діяльність на рівні світових стандартів, готового до самовдосконалення, професійного зростання, соціальної та професійної мобільності. Професіоналів для соціальної сфери потрібно готувати таким чином, щоб вони були здатні змінювати, усувати і коректувати негативні соціальні вияви у суспільстві. А це можливо лише у закладах освіти, які будують навчання на нових позиціях і враховують тенденції розвитку соціальної політики в країні.

У процесі професійної підготовки соціальні працівники завоюють певну сукупність знань та формують систему умінь і навичок із соціальної роботи. Однак, у зв'язку зі значною динамічністю розвитку цього виду діяльності та знань, постійно виникають нові форми та методи, підходи до розуміння тих чи інших явищ і процесів, що зумовлює необхідність оновлювати систему навчання.

Потреба у розвитку вищої освіти детермінована завершенням у 2021 р. дії Національної стратегії розвитку освіти в Україні (Указ Президента України від 25 червня 2013 р. № 344/2013), збільшенням глобальних викликів, які постали перед світовою економікою та економікою нашої країни в останні роки, посиленням впливу глобального ринку праці й освітніх послуг, ризи-

ків і загроз, а найбільше – розвитком технологій нового покоління, загостренням демографічних і соціальних проблем тощо. Стратегія розвитку вищої освіти визначає її місце у суспільстві та економіці країни через формулювання місії та візії, основні стратегічні й операційні цілі та завдання щодо їх досягнення, механізм реалізації та моніторингу, очікувані результати та способи їх вимірювання.

Нормативно-правову базу стратегії розвитку вищої освіти становлять: Конституція України, закони України "Про освіту", "Про вищу освіту", "Про наукову та науково-технічну діяльність", "Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України" (від 23 березня 2000 р. № 1602-III), постанови Кабінету Міністрів України про розроблення прогнозних і програмних документів економічного і соціального розвитку.

У новому Законі України "Про вищу освіту" від 01.07.2014 № 556-VII основною метою вищої освіти встановлено підготовку конкурентоспроможного людського капіталу для високотехнологічного та інноваційного розвитку країни, самореалізації особистості, забезпечення потреб суспільства, ринку праці та держави у кваліфікованих фахівцях.

У зв'язку з інтеграцією України до європейського простору вищої освіти у 2015 р. було введено новий перелік спеціальностей, що має сприяти академічній мобільності студентів і визнанню дипломів українських закладів вищої освіти (ЗВО). З метою зведення Національної рамки кваліфікацій відповідно до Європейської рамки кваліфікацій розроблено проєкт постанови КМУ "Про внесення змін у додаток до постанови Кабінету Міністрів України від 23.11.2011 № 1341 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 12.06.2019 № 509)". Затверджено 142 стандарти вищої освіти (97 стандартів освітнього ступеня бакалавра, 45 – магістра), що базуються на компетентнісному підході і поділяють філософію визначення вимог до фахівця, закладену в основу Болонського процесу та міжнародного проєкту Європейської Комісії "Гармонізація освітніх структур в Європі".

Відповідно до Закону України "Про вищу освіту" метою вищої освіти є здобуття особою високого рівня наукових (творчих,

мистецьких), професійних і загальних компетентностей, які необхідні для діяльності за певною спеціальністю чи в певній сфері знань. Головною проблемою розвитку вищої освіти залишається відсутність довготермінової стратегії соціально-економічного розвитку України, що ускладнює створення моделі вищої освіти, адекватної цілям майбутнього країни. Найбільш суттєві зміни внесені у Закон "Про вищу освіту" щодо Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти, які викликали дискусію в освітянській спільноті. Реалізація положень цього закону виявила недоліки та ризики запровадження нової структури, зосередження повноважень і монополізації.

Актуальною проблемою розвитку вищої освіти є невідповідність навичок випускників ЗВО до потреб роботодавців. Ця негативна тенденція спостерігається у зміні частки випускників ЗВО, які отримали направлення на роботу. Якщо у 2010 р. одразу після закінчення ЗВО офіційно були працевлаштовані 27,8 % випускників, то у 2018 р. цей показник становив лише 12,1 %. Отже, майже 88 % випускників ЗВО вимушені працевлаштовуватися самостійно.

Наявність проблеми підтверджують результати рейтингування за компонентою "навички" (Skills) у Звіті про глобальну конкурентоспроможність 2019 р., за якою оцінюється ступінь підготовки поточної робочої сили в країні. За компонентою "навички" Україна посідає 44-те місце з індексом 69,9. Компонента "навички" включає низку підкомпонент, серед яких є ступінь володіння випускниками навичками, необхідними для роботи. За цим показником Україна посіла 54-те місце з індексом 54,5, суттєво випередивши Польщу (101-ше місце з індексом 44,5), але відстаючи від Німеччини (13-те місце, 68,4) та Великої Британії (29-те місце, 62,3) залишається значним.

Невідповідність змісту та якості вищої освіти до актуальних потреб суспільства та національної економіки, низька інтенсивність взаємодії з наукою та бізнесом зумовлені такими факторами:

- невизначеність довготермінових пріоритетів;
- відсутність стратегії соціально-економічного розвитку України та чітко виражених пріоритетів державної економічної політики;

- невизначеність державних пріоритетів з науки і техніки;
- низька інтенсивність співпраці ЗВО з бізнесом, органами місцевого самоврядування, об'єднаними територіальними громадами як замовниками освітніх і науково-технічних послуг;
- розрив між системою вищої освіти та ринком праці (невідповідність змісту освіти до вимог роботодавців, недостатня участь зацікавлених сторін у створенні й удосконаленні переліку компетентностей, освітніх програм, недостатня забезпеченість базами для виробничої практики студентів тощо);
- брак попиту з боку національної економіки на фахівців найбільш перспективних на ринку праці розвинутих країн спеціальностей (у першу чергу – інженерно-технічних фахівців, науковців-дослідників) через її сировинну спрямованість;
- слабка спроможність державного та приватного секторів національної економіки адекватно використовувати потенціал вітчизняної системи вищої освіти для розвитку наукомістких виробництв і послуг;
- низький рівень взаємодії освітніх і наукових установ у здійсненні освітньої, наукової та інноваційної діяльності;
- консерватизм ЗВО при формуванні освітніх програм;
- невідповідність галузевих стандартів, кваліфікаційних вимог до потреб сучасності;
- недостатня підготовленість громадськості до участі у формуванні стандартів і програм навчання;
- відставання українських ЗВО від світових університетських лідерів у забезпеченні якості освітнього процесу;
- зниження авторитету вищої освіти в суспільстві;
- відсутність механізмів зворотного зв'язку між роботодавцями, студентами, ЗВО, іншими зацікавленими особами та моніторингу зайнятості випускників;
- формальний підхід до внутрішнього забезпечення якості освіти;
- подекуди імітація академічної успішності у ЗВО для збереження штатів, прив'язаних до кількості студентів;
- недостатня розвиненість культури академічної доброчесності;
- низька конкурентоспроможність української вищої освіти на світовому освітньому ринку.

Швидкі зміни, які відбуваються у суспільстві, технологіях, знаннях, вимагатимуть у майбутньому від фахівців опанування нових навичок, професій, креативності. У майбутніх структурах освітніх програм найбільш актуальним є набуття універсальних компетентностей: уміння вчитися, опрацьовувати інформацію, швидко опановувати нові технології, здатність до критичного мислення та креативного підходу до завдань.

Актуальності набувають також навички системного мислення, програмування, міжгалузевої комунікації, уміння працювати в умовах невизначеності, мультикультурність і володіння кількома мовами, екологічність мислення, мультифункціональність. Висока складність завдань майбутнього потребує від фахівців уміння концентруватися, управляти власними емоціями, підтримувати розумову та фізичну працездатність, планувати навантаження.

Отже, перед ЗВО постає завдання поєднання розвитку таких здатностей у студентів та одночасного надання їм спеціалізованих знань і навичок у межах обраної професії. У майбутньому це сприятиме безперервній освіті наступних поколінь. Щодо змісту освітніх програм, то світовим трендом майбутнього буде їх міждисциплінарність, що надасть фахівцям можливість усебічно, цілісно та глибоко досліджувати об'єкт, розвивати навички критичного мислення. Крім того, більшого значення набуває свобода і відповідальність студента у формуванні індивідуальної освітньої траєкторії.

Розвиток професійної компетентності майбутніх фахівців у сфері соціальної реабілітації передбачає таке: впровадження інноваційних технологій, що забезпечать здатність фахівців до співпраці з науковими установами та підприємницьким сектором; формування фахового та науково-освітнього потенціалу нації на засадах безперервного професійного й особистісного розвитку; орієнтацію фахівців на найвищі досягнення науки та практики; інтегрованість у світовий освітній та дослідницький простір. Усе це забезпечить конкурентоспроможна система різноманітних закладів вищої освіти.

Україні притаманна своєрідність процесу становлення професії соціального працівника і соціального педагога: офіційне визнання професій "соціальна робота" і "соціальна педагогіка"

скоріше можна назвати юридичним оформленням того, що було вже впроваджене у практику, теорію, історію нашого народу. У цьому полягає складність соціальної ситуації, у якій формується професія соціального педагога і соціального працівника в Україні, а значить, і система підготовки відповідних фахівців.

З кожним роком вимоги до професійної підготовки соціальних працівників зростають, що викликано соціально-економічними змінами в суспільстві, збільшенням кількості категорій населення, які потребують соціального захисту. Актуальність вивчення освітньої сфери соціальної роботи викликана і процесами інтеграції та модернізації вищої освіти, що зумовлює ґрунтовний перегляд змісту професійної підготовки соціальних працівників.

Нині професійна підготовка фахівців соціальної сфери в Україні здійснюється у різних формах: очна, очно-заочна, заочна, вечірня, екстернат та інші – і передбачає багаторівневий характер освіти: допрофесійна, професійна, післядипломна, підвищення кваліфікації, перепідготовка кадрів. Соціальні працівники мають можливість отримувати різнорівневу професійну кваліфікацію і спеціалізацію у середніх (училищах, технікумах, коледжах, ліцеях) і вищих навчальних закладах (інститутах, університетах, академіях, на спецфакультетах) тощо.

Професійна підготовка спеціалістів для соціальної сфери здійснюється у ЗВО різних напрямів: університетах класичного профілю, педагогічних університетах, академіях, педагогічних, медичних, технічних, юридичних, економічних інститутах. В Україні розробляються державні стандарти професійної освіти, освітньо-кваліфікаційні програми та освітньо-кваліфікаційні характеристики фахівців, документи навчально-методичного супроводу навчального процесу.

Підготовка фахівців для соціальної і соціально-педагогічної роботи в нашій країні стикається з певними проблемами. Передусім потребує вдосконалення технологія підготовки майбутніх фахівців; ЗВО вимагають державної фінансової допомоги, матеріально-технічного забезпечення навчального процесу, активізації підготовки професорсько-викладацького складу.

Наведемо результати аналізу досліджень і публікацій, у яких започатковано розв'язання проблеми підготовки фахівців із со-

ціальної реабілітації. Важливе місце у вивченні підготовки майбутніх працівників соціальної сфери займають праці українських науковців О. В. Безпалько, І. Д. Зверєвої, З. П. Кияниці, В. О. Кузьмінського та ін. Багато відомих українських науковців вивчали досвід зарубіжних країн із професійної підготовки соціальних працівників, серед них В. Баранюк, О. Канюк, С. Когут, А. Кулікова, Г. Лещук, Л. Романовська, Ю. Рябова та ін. Питанню підготовки соціальних працівників також приділяли увагу зарубіжні дослідники Х. Брунс, Д. Крамер, Є. Холостова та ін. Однак, незважаючи на численні дослідження, присвячені професійній підготовці майбутніх соціальних працівників у зарубіжних країнах, зазначена проблема ще не була системно й обґрунтовано висвітлена. Оскільки проблема підготовки працівників соціальної сфери реалізується в Україні не так давно, то велике значення для нас має досвід зарубіжних країн.

Вивчення світового досвіду соціальної освіти є одним з найважливіших інструментів розроблення і впровадження нових ідей, що надає можливість глибше осмислити специфіку соціальної роботи, запобігти помилкам при підготовці соціальних працівників у нашій країні, упровадити в навчання основні концепції, що пройшли випробування часом (поєднання теорії та практики, тісна міждисциплінарна інтеграція).

У Великій Британії структура підготовки фахівців соціальної роботи подана різномірною багатоступеневою системою. Перші чотири ступені – недипломовані соціальні працівники, які безпосередньо забезпечують обслуговування клієнтів у різних соціальних закладах. П'ятий – шостий ступені – дипломовані спеціалісти із соціальної роботи, які пройшли відповідну підготовку в університетах чи коледжах.

Структура підготовки дипломованих фахівців соціальної сфери у Великій Британії, на відміну від України, визначається Центральною радою з питань навчання і підготовки у соціальній роботі. Створення Ради надало можливість упорядкувати освітні стандарти, видачу ліцензій на створення факультетів соціальної роботи та дипломів про присудження кваліфікації випускникам, розподіл державних замовлень і грантів на науково-дослідну діяльність із соціальної роботи.

Професійна підготовка орієнтована як на професійний, так і на особистісний розвиток спеціаліста, який повинен мати значний обсяг знань, умінь та навичок у поєднанні з відповідними особистісними якостями і здатністю до творчого, нестандартного розв'язання проблем клієнта.

Професійна теоретична підготовка соціальних працівників здійснюється за допомогою різних методів і технологій. У більшості ЗВО поширена модульна технологія. Характерними для британських ЗВО є такі форми організації навчального процесу: лекції, диспути, семінари, практичні заняття, самостійна робота. Індивідуальні форми навчання переважають над груповими.

Більшість навчальних закладів Великої Британії не готують фахівців із соціальної роботи широкого профілю, але, незалежно від спеціалізації, обов'язковим є вивчення таких дисциплін, як психологія (загальна, вікова, соціальна), фізіологія, соціологія, соціальні структури, соціальна політика, управління, право, соціальне законодавство, теорія та практика соціальної роботи, філософія соціальної роботи, етика, інформатика. Спеціалізація відбувається за рахунок спецкурсів навчальних дисциплін відповідно до майбутньої роботи соціального працівника: 1) з дітьми і підлітками; 2) із правопорушниками й ув'язненими; 3) із хворими (у системі охорони здоров'я); 4) з особами з інвалідністю; 5) з людьми похилого віку; 6) із громадою; 7) у системі соціального захисту.

Порівнюючи програми підготовки соціальних працівників у ЗВО Великої Британії та України, бачимо, що за великої кількості спільних дисциплін у британських ЗВО значно більше часу (у півтора-два рази) приділяють практиці студентів.

На відміну від навчальних планів підготовки соціальних працівників в Україні, програми професійної підготовки асистентів соціальних служб Франції містять значно меншу кількість дисциплін загальноосвітньої, гуманітарної, соціально-економічної і фундаментальної підготовки, зосереджуючись на фахових та спеціальних дисциплінах і відводячи більше половини навчального часу на практичне навчання. Отже, на відміну від вітчизняної системи соціальної освіти, яка спрямована на підготовку фахівця широкого профілю з акцентом на теоретичні знання, навчальні заклади Франції готують працівників вузької спеціалізації.

У Німеччині функціонує диференційована, ієрархічно впорядкована структура професійної підготовки кадрів соціальних педагогів чотирьох освітньо-професійних рівнів:

- допрофесійна підготовка, яку майбутні соціальні працівники здобувають переважно під час діяльності у різних добровільних організаціях (Червоний Хрест, організація католицької церкви "Карітас" тощо);
- рівень професійних училищ, на якому вирізняють навчання в однорічній професійній школі для підготовки вихователок дитбудинків сімейного типу, навчання у професійному спеціалізованому училищі впродовж двох років, що надає право працювати помічником вихователя, а також право на професійне навчання у підвищеному спеціальному училищі, яке готує молодь до вступу у вищу спеціальну школу;
- рівень середньої спеціальної освіти, що передбачає професійну підготовку працівників дитячих садків, молодіжних центрів і надомного догляду за малюками;
- рівень вищої освіти, на якому займаються підготовкою соціальних педагогів у вищій спеціальній школі з терміном навчання чотири роки та підготовкою соціальних педагогів на факультетах соціальної педагогіки університетів, які готуються до викладацької діяльності у професійних школах соціально-педагогічної сфери (термін навчання п'ять – шість років).

Під час навчання багато уваги приділяється формуванню світогляду майбутніх фахівців, розширенню їхніх знань про світ, поєднанню теоретичного та практичного психолого-педагогічного навчання, умінню брати на себе відповідальність за виконувану роботу, навчання творчого, відповідального, гуманного мислення і діяння при розв'язанні найрізноманітніших практичних проблем виховання.

Особливого значення у підготовці фахівців у Німеччині набуває комбінування кількох суміжних навчальних спеціальностей. Важливим є співвідношення теоретичного навчання та практики у вищій професійній освіті. Оскільки навчання у вищих спеціальних школах Німеччини є практично-орієнтованим, то майбутні соціальні педагоги проходять кілька видів практики: допрофесійну, вступну, спеціалізовану під час основного навчання, а також

професійну. Практика може супроводжувати теоретичне навчання, наприклад під час проєктного навчання, або бути неперервною (блок-практика). Загалом за умови академічної підготовки у вищих спеціальних школах упродовж трьох років на безпосередню практичну діяльність відводиться один рік.

Сучасна підготовка працівників соціальних служб у країнах Європи має загальні тенденції розвитку, до яких належать:

- міждисциплінарні зв'язки при підготовці фахівців із соціальної роботи, де найбільшу увагу приділяють філософії, соціології, психології, педагогіці, антропології, етиці, медичній підготовці, праву;
- широке впровадження сучасних теоретичних концепцій, заснованих на інтегративному характері підготовки;
- орієнтованість освіти на практичну діяльність.

Практична складова відіграє важливу роль у підготовці майбутніх фахівців. Термін виробничої практики у Великій Британії, Німеччині, Франції становить від 9 до 12 місяців, при цьому більшість країн сприяють роботі своїх студентів за кордоном. Важливим чинником опанування професії є участь у суспільних організаціях, соціальних акціях, поєднання навчання і роботи у соціальних закладах.

У сучасних закладах вищої освіти України, де система підготовки спеціалістів для соціальної сфери перебуває на етапі становлення, надзвичайно важливо врахувати тенденції розвитку соціальної освіти за кордоном, а також запроваджувати інноваційні підходи до професійної підготовки майбутніх соціальних працівників. Сьогодні суспільство вимагає від фахівця із соціальної роботи високого рівня готовності до майбутньої професійної діяльності, максимізації її ефективності.

На основі порівняльного аналізу ЗВО України та Польщі вітчизняна дослідниця С. Когут визначила умови вдосконалення системи професійної підготовки соціального педагога в Україні. Наявність в Україні та Польщі аналогічних соціально-економічних чинників мотивує розвиток професійної підготовки соціального педагога. Як зазначає вчена, вже на початку ХХІ ст. в Україні та Польщі були сформовані наукові школи соціальної педагогіки, що забезпечило функціонування систем професійної

підготовки, узгодження її мети і завдань на різних рівнях, особистісних пріоритетів з державними стратегіями. Отже, у Польщі та Україні система професійної підготовки соціального педагога має рівнозначний розвиток. В Україні організаційно-педагогічна структура реалізується на рівні бакалаврів і магістрів, а в Польщі – ліценціатів і магістрів за різними спеціальностями (організація і управління закладами освіти, анімація культури, опікунська педагогіка, ресоціалізація, порадиництво й андрагогіка).

У професійних завданнях із соціальної педагогіки ЗВО України та Австрії однакова мета – підготувати фахівців з якостями лідерів, здатних самостійно розв'язувати соціально-економічні завдання у суспільному житті та соціально-педагогічній сфері. Реформи в Україні та Австрії направлені на пошук нових методів роботи зі студентами та шляхів удосконалення організації освітнього процесу, тому впроваджується упорядкування системи закладів вищої освіти із соціальної педагогіки. Упорядкування системи ЗВО відбувається за допомогою усунення недоліків в управлінні ними та вдосконалення організації освітнього процесу.

Заклади вищої освіти США, де готують фахівців із соціальної реабілітації, поділяють на дворічні коледжі, що пропонують програми професійної підготовки за освітнім ступенем "асоціат" (інколи "бакалавр"), та університети, у яких передбачено програми професійної підготовки за освітнім ступенем "бакалавр" і "магістр". Зважаючи на подальший розвиток соціальної реабілітації та розширення сфер її застосування, освітні програми підготовки фахівців із соціальної реабілітації постійно вдосконалюють, намагаючись готувати висококваліфікованих фахівців відповідно до викликів американського суспільства. Об'єктами дослідження стали дворічні коледжі й університети США, що мають акредитації різних організацій і відкрити політику зарахування.

Зауважимо, що професійна підготовка фахівців із соціальної реабілітації відрізняється за змістом і функціональним призначенням. Фахівець із соціальної реабілітації повинен мати відповідну соціологічну, психологічну, педагогічну, юридичну та медичну підготовку, володіти певними методами

впливу на клієнта, уміти знаходити контакти з необхідними державними, політичними і громадськими організаціями та установами. Базовою характеристикою професій соціальної сфери, незалежно від профілю і спеціалізації, є здатність забезпечувати допустиме і доцільне посередництво між особистістю, сім'єю, з одного боку, і суспільством, державними і громадськими структурами – з іншого; виконувати роль партнера, сполучної ланки між особистістю і соціумом, дітьми і дорослими, сім'єю і суспільством, уміти працювати в умовах неформального спілкування, сприяючи виявленню ініціативи, активної, суб'єктної позиції клієнта, будувати відносини з ним на рівних, на основі діалогу; співчувати, співпереживати клієнту при розв'язанні його проблем.

Заслужують на увагу міждисциплінарні магістерські програми американських університетів, що фокусуються на різних соціальних аспектах, зокрема "магістр із соціальної реабілітації" (Master's in Human Services), "магістр наук із управління соціальною та сімейною реабілітацією" (Master of Science in Human and Family Services Administration), "магістр із соціальної реабілітації та захисту дітей" (Master of Human Services in Child Protection), "магістр мистецтв із соціальної реабілітації" (Master of Arts in Human Services), "магістр наук з асистування та соціальної реабілітації" (Master of Science in Assistive Technology Studies and Human Services) тощо. Випускники отримають можливість широкого працевлаштування у різних соціальних центрах виховання дітей та підлітків, департаментах у справах шлюбу та сім'ї, центрах посттравматичного та кризового консультування, департаментах професійної реабілітації населення тощо.

Зміст підготовки фахівців із соціальної реабілітації містить обов'язковий і вибірковий складники, загальну та фахову підготовку. Загальна підготовка представлена соціально-гуманітарними дисциплінами, а фахова – загальними фаховими дисциплінами та спеціальними дисциплінами концентрації. Крім того, студенти мають змогу розширити свій світогляд завдяки факультативним курсам соціально-гуманітарного напрямку. В основу структурування змісту підготовки фахівців із соціальної реабілі-

тації у США покладено принципи системності, науковості, соціалізації, професійної спрямованості, циклічності, соціально-економічної детермінованості, доступності, неперервності, відкритості, індивідуалізації, диференціації, свободи вибору, варіативності, практичної спрямованості, особистісно-орієнтованого навчання, самоорганізації і самонавчання, життєвої та професійної перспективи, проблемно-ситуативної організації навчання, актуалізації результатів навчання. Дослідження підтвердили, що творче врахування цих принципів сприяє конкретизації змісту, мети, завдань навчання фахівців із соціальної реабілітації, підвищенню ефективності використання інноваційних форм і технологій організації навчальної діяльності та її результативності, а також забезпечує гнучкість процесу навчання.

У практичному досвіді організації професійної підготовки фахівців із соціальної реабілітації використовують три моделі навчання: традиційно-дидактичну, проблемно-пошукову і фасилітовану. Перевага надається фасилітованій, концептуальною ідеєю якої є ідея цілісного професійно-особистісного формування фахівця із соціальної реабілітації як суб'єкта освітнього процесу впродовж усього періоду навчання і подальшої професійної діяльності. Відповідно до цих моделей педагогічні технології навчання представлені трьома групами: традиційно-дидактичні (демонстрація, опитування, відповіді на запитання), проблемно-пошукові (дискусії, проблемні ситуації, бесіди) і фасилітовані (інтерактивні технології "круглого столу", мозкові атаки, кейс-навчання тощо).

Американські педагоги надають перевагу інтерактивним технологіям: груповим, ігровим, рефлексивним, комбінованим, інтегрованим, проєктним, інформаційно-комунікаційним, суттєвими особливостями яких є проблемний характер навчання на основі співпраці, партнерства та діалогу. Ефективне використання інтерактивних технологій сприяє залученню студентів до процесу пізнання, розвитку критичного мислення, активності, самостійності, формуванню професійного світогляду, рефлексії власної навчально-пізнавальної діяльності шляхом оперативного визначення її результатів, моделюванню життєвих ситуацій, створенню атмосфери співдружності і співпраці тощо.

7.2. Професійні компетенції фахівців із соціальної реабілітації

Важливою умовою розвитку соціальної роботи взагалі й соціальної реабілітації зокрема є підготовка фахівців для соціальної роботи, здатних розв'язувати конкретні проблеми й завдання професійної діяльності, надавати психосоціальну допомогу та здійснювати реабілітацію за умови набуття загальних і фахових (спеціальних) компетентностей, що є основою конкурентоспроможності випускників.

Компетентнісний підхід запроваджено в сучасній європейській системі освіти. Він передбачає спрямованість навчально-виховного процесу на досягнення результатів, тобто на формування не лише знань, умінь і навичок для професійного саморозвитку, а передусім на вироблення досвіду їх застосування.

Компетентнісний підхід фокусує увагу на результаті освіти, а результат – це не кількість набутої інформації, а здатність діяти в різних проблемних ситуаціях. У контексті впровадження компетентнісного підходу важливо розуміти, що у його основі лежать професіоналізм і висока мобільність студентів, фундаментальне наукове знання разом з орієнтацією освіти на практику.

Компетентність означає відповідність рівня знань і умінь до змісту виконуваних посадових обов'язків, а також уміння досягати мети. Це сукупність визначених особистісних характеристик, що виявляється в системі відносин та настанов, зокрема й до реалізації компетенцій.

Компетентність – це: 1) відповідність рівня і змісту знань і умінь конкретного працівника до рівня і змісту виконуваних ним посадових завдань та обов'язків; 2) наявність у працівника прав і обов'язків для виконання поставлених перед ним завдань; 3) уміння працівника робити конкретну справу і забезпечувати в роботі необхідні результати.

Компетентність забезпечується базовою освітою і самоосвітою у процесі практичної діяльності, вивчення досвіду, підвищення кваліфікації на курсах, семінарах. Одним із вирішальних факторів у підвищенні компетентності є індивідуальна пізнавальна мотивація – завтра знати і вміти краще, ніж сьогодні.

Під соціально-реабілітаційною компетенцією розуміємо інтегративне особистісно-процесуальне новоутворення, яке є збалансованим поєднанням знань, умінь і сформованої професійної позиції, що дозволяє самостійно та якісно виконувати завдання професійної діяльності й перебуває у діалектичній єдності із професійною спрямованістю особистості; сукупність об'єктивно необхідних знань, умінь і навичок, що є професійно значущими для особистості й дозволяють розв'язувати різноманітні завдання професійної діяльності у межах соціальної реабілітації різних категорій клієнтів, а саме: осіб, що мають інвалідність, та дітей з обмеженими можливостями; осіб похилого віку; учасників бойових дій; осіб, що відбули покарання у місцях позбавлення волі; дезадаптованих дітей та підлітків.

Розглянемо особливості підготовки фахівців із соціальної реабілітації відповідно до деяких аспектів їхньої діяльності.

Вимоги до професійної підготовки фахівця із соціальної реабілітації мають відповідати тому, який соціальний запит і яка модель соціальної політики існують у певній територіальній громаді, у кожній із яких формується своя "спеціалізація" надавачів послуг і певні моделі. 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.

Як відомо, загальні принципи, що зумовлюють легітимацію професійних знань у діяльності фахівця із соціальної реабілітації у громаді, визначені професійною спільнотою і обговорені на міжнародному рівні. Серед таких принципів зазначимо:

- 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.

У програмі підготовки студентів має бути заплановано оволодіння ними знаннями з основ мобілізації громадян заради розв'язання проблем громад, підготовка їх до практичної діяльності як координаторів програм місцевого розвитку, агентів соціальних змін. Їм необхідно надати інформацію з питань теорії функціонування соціальних систем, особливості групової динаміки, історію становлення і розвитку методів соціальної роботи, зокрема групових та методів роботи у громаді.

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 соціальній 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.

Важливим напрямом підготовки студентів є формування уявлень про теоретико-методологічні основи дослідження і оцінювання соціальної реальності в контексті проблем реабілітаційної допомоги за кордоном; стимулювання інтересу до вивчення світового досвіду розвинених країн Європи та США щодо особливостей соціальної політики та існуючих моделей реабілітаційної допомоги; підвищення рівня компетентності зі складання програм реабілітації, розроблення моделей реабілітаційного процесу для прикладних завдань.

Необхідно сформувати розуміння міжнародного контексту, у площині якого відбувається розбудова соціальної політики держави у сфері реабілітації. Самостійне опрацювання першоджерел, переклад англomовної спеціальної літератури, підготовка презентаційних матеріалів, знайомство із реабілітаційними мо-

делями зарубіжних країн дозволить збагатити уявлення про клієнта реабілітаційного процесу як у філософсько-методологічному сенсі, так і у сенсі їхньої ролі у сучасному світі. Критичний аналіз існуючих моделей сприятиме ідентифікації фахівців у сфері реабілітології як учасників європейського простору розвинених країн, з тими вимогами до управлінської, професійної і етичної компетенції, які цей простір висуває своїм членам.

У ході навчання також приділяється увага аналізу методологічних принципів соціального та психологічного супроводу осіб із психологічною травмою, взаємозв'язку з іншими реабілітаційними дисциплінами, специфіці професійного супроводу за різних форм реакції людини на психотравмувальну подію. Розглядаються сучасні напрями та підходи у роботі із травмою, її предмет, завдання, принципи. Це сприятиме розумінню та розпізнаванню травматичного впливу стресових подій на психіку людини. Підготовка майбутніх соціальних працівників до соціального і психологічного супроводу осіб, які отримали травматичний досвід щодо впливу на психіку та соціальні стосунки, засвоєння основних принципів, стадій, технологій та моделей роботи із психологічною травмою є вкрай важливими.

Щодо компетенцій стосовно проблем інклюзії як складової соціальної реабілітації слід зазначити таке. На сучасному етапі впровадження інклюзивного навчання в Україні зазначається недостатня професійна підготовка психолого-педагогічних кадрів, здатних реалізувати інклюзивний підхід. Вони потребують спеціалізованої комплексної допомоги з боку фахівців спеціальної освіти у розумінні та реалізації підходів до індивідуалізації навчання дітей з особливими освітніми потребами. У вітчизняній освіті є два потужні змістовні ресурси для розвитку інклюзивного підходу в освіті – досвід спеціальної освіти і технологічний досвід.

Крім компетентностей у певних напрямках соціальної реабілітації, наведемо ще й такі, що стосуються процесуального аспекту роботи фахівця.

Важливою компетенцією є вміння спілкуватись із клієнтами, колегами, роботодавцями. Для цього необхідно напрацювати правильний стиль поведінки. Спілкуючись із клієнтами, соціальний

працівник завжди має враховувати їхній емоційний стан. Він зобов'язаний зберігати спокій, уміти керувати своїми емоціями навіть у тому випадку, якщо до нього з боку клієнта будуть виявлятися грубість, агресія та інші негативні емоції. Якщо соціальний працівник не вмітиме регулювати свій емоційний стан, то він не зможе адекватно оцінити ситуацію і прийняти правильне рішення.

Важливими є невербальні вияви соціального працівника: приязне поводження, посмішка, упевненість, емпатія, конгруентність – усе те, що необхідно у психологічному консультуванні. Коли клієнти входять у приміщення, треба вийти їм назустріч до дверей, привітатись і запропонувати сісти. Позиція фахівця має демонструвати спокійну об'єктивність, засновану на розумінні того, що все людське не є відчуженим або негідним розуміння. Наприклад, на першій стадії консультування доцільно застосовувати техніку активного слухання. Варто на цьому наголосити, адже якщо клієнти не "виговоряться" до кінця, то не відчують полегшення, не знімуть напругу, а соціальний працівник ризикує не дізнатися суті справи.

Щонайменше дві третини часу бесіди мають говорити клієнти. Доцільно сприймати розповідь без емоційної реакції, не виявляти жодного здивування чи обурення. Висловлення консультантом емоційної реакції свідчить, що у процес роботи втрутилася його власна особистість, а це неприпустимо. Особливо це стосується сексуальної сфери. Варто пам'ятати, що багато клієнтів, свідомо або неусвідомлено, намагаються шокувати соціального працівника – це одна із форм вияву опору клієнта.

Слід виявляти не співчуття (відчуття особистісне і суб'єктивне), а емпатію, оскільки вона є об'єктивною і включає все позитивне, що містить співчуття. Наприклад, розповідь про свою проблему може викликати емоційні розлади у клієнта, що інколи зумовлює полегшення, а інколи, навпаки, посилює опір. Розповідаючи про таємні страхи і переживання, про які раніше він нікому не зізнавався, клієнт може розчулитися і розплакатися. Інколи слід дати клієнтові час трохи поплакати, але щойно напруга розрядилася – одразу повернути його до стану емоційної рівноваги.

Основним завданням першої зустрічі із клієнтом є встановлення довірчих стосунків із ним. Цю зустріч слід проводити з

переконанням, що ви здатні вислухати іншу людину, сприйняти її погляди, виявити повагу до її цінностей, визнати її почуття навіть тоді, коли вони несумісні з вашими переконаннями та вашим досвідом. Варто пам'ятати, що основа консультування полягає в тому, що соціальний працівник повинен намагатися зрозуміти клієнта, а клієнт має відчувати, що його розуміють. Особливо це стосується сімейного консультування. Зміна сімейної системи є досить складним завданням, а тому для успіху консультування дуже важливо, щоб фахівець уже на першому інтерв'ю створив у членів сім'ї позитивний настрій.

Підводячи підсумки першої зустрічі, слід запитати у клієнтів, чи варто, на їхню думку, продовжувати роботу, обговорити їхні побажання. Варто домовитися про режим подальшої спільної роботи, зокрема визначити тривалість і періодичність зустрічей (або щонайменше наступної); з'ясувати, чи можуть клієнти телефонувати соціальному працівнику у проміжках між зустрічами. Узагалі соціально-психологічна допомога може бути успішнішою, коли вона обмежена часом і простором консультацій. Однак у деяких випадках клієнту необхідно самому зв'язатися із консультантом. Наприклад, якщо людина перебуває у такому важкому стані, що може скоїти самогубство, або якщо хтось із членів сім'ї намагається позбутися адикції і у будь-який момент потребуватиме підтримки. Важливо, щоб соціальний працівник узгодив із клієнтами, у яких випадках і коли можна йому телефонувати і чого варто очікувати від такого дзвінка.

Розглянемо специфічні умови ефективності співпраці соціального працівника і батьків (або осіб, які їх замінюють), які звернулися щодо проблем дитини.

Першою обов'язковою передумовою успішного результату такої співпраці є вміння соціального працівника створити довірі, відверті стосунки з батьками, основою яких буде безумовна повага, визнання того неспокою щодо дитини, який змусив їх звернутися по консультацію. Сприяє встановленню контакту вміння фахівця показати, що він визнає, що батьки щиро зацікавлені в усуненні проблем дитини, добре знають і розуміють її. На першій зустрічі будь-який натяк на несхвалення дій батьків може спровокувати у них сильні захисні реакції і щонайменше

закриє шлях для відвертого обговорення всіх аспектів проблеми. Не дозволяється пряма або непряма критика дій батьків, сумніви у їхній педагогічній компетентності. Зазначені необхідні види зворотного зв'язку доречні на подальших стадіях, лише після аналізу всієї сукупності відомостей про дитину і результатів обстеження. Водночас позитивне оцінювання тих чи інших конкретних виховних дій або настановлень батьків (зрозуміло, тих із них, які є коректними та психологічно виправданими) може істотно підвищити їхню упевненість у своїх силах.

Слід урахувати, що в реаліях нашої країни населення не має широкого досвіду контакту із соціальними службами, а отже, багато батьків мають про них неправильні уявлення (недооцінювання об'єму та складності процесу соціальної роботи; недовіра внаслідок упередження щодо небезпеки співпраці з державними інституціями; настанови на отримання готового "рецепта" тощо). Соціальний працівник має запобігти формуванню в них страху щодо будь-яких санкцій чи, навпаки, уявлення про легкість розв'язання проблем і очікування негайних результатів, попередити про можливі ускладнення і перешкоди у зміні на краще наявної ситуації. Дуже важливо, орієнтуючи їх на досягнення бажаного результату, не породжувати невиправданих очікувань, які можуть призвести лише до почуття обманутих сподівань.

Варто сформувати й закріпити у батьків розуміння того, що дитина, якій притаманні певні недоліки, не перестас бути дитиною, вона має ті самі потреби, що й інші діти її віку. Зокрема, особливою небезпекою є застосування до дитини неправильних форм виховання – гіпер- і гіпопротекції. Тому до консультування практично з будь-якої проблеми варто включати обговорення питання про виховні настанови батьків, їхнє розуміння принципів виховання, а також головний зміст процесу розвитку дитини на відповідному віковому етапі, її провідну діяльність на цьому етапі тощо. Активність, спрямована на подолання або компенсацію наявних ускладнень, не має здійснюватися за рахунок інтересів і потреб дитини. Пояснення цього допоможе запобігти поширеним педагогічним помилкам, які мають важкі наслідки для дитини (напр. зосередженню всіх зусиль на навчальній діяльності всупереч спілкуванню з однолітками тощо). Важливим є зняття відчут-

тя тривоги у батьків, побоювань за дитину, а водночас – поглиблення розуміння її труднощів, посилення чутливості до її потреб.

Робота соціального працівника з дорослими, які оточують дитину, є різною залежно від позиції дорослих щодо дитини, насамперед батьків, інших родичів, учителів тощо.

Фахівцям варто усвідомлювати, що втручання в ситуацію інклюзії можливе на багатьох рівнях. Успішне втручання потребує розуміння системного підходу і здатності забезпечити вплив не лише на сімейному, а й на соціальному рівні. Психолог має впевнитися, що проблеми саме в сімейних стосунках, а не в соціальному стані (який здебільшого не можна змінити). А соціальний працівник, який спеціалізується у сфері соціальних змін і захисту інтересів сім'ї, має допомагати сім'ям відстоювати свої права та інтереси, наприклад домогтися санаторного лікування для хворого, пільг тощо.

Соціальна робота належить до важких у фізичному і психологічному сенсі професій. Працівники мають справу зі складними і сумними аспектами людського життя – старістю, самотністю, сирітством, інвалідністю, жорстокістю, девіантністю тощо. Таку роботу супроводжує надмірна витрата психічної енергії, що призводить до психосоматичної втоми й емоційного виснаження. Цей стан називається емоційним вигоранням. Допомога за емоційного вигорання передбачає навчання психологічних прийомів самозахисту в ситуаціях негативного спілкування, облаштування кімнат релаксації, психологічне розвантаження, проведення індивідуальної і групової психотерапії, занять фізкультурою тощо. Важливою є також можливість звернення до супервізора як довіреної особи, з якою можна розділити відповідальність за прийняття рішення, отримати кваліфіковану допомогу при розв'язанні конкретної ситуації і у такий спосіб попередити розвиток стресу.

7.3. Особистісні риси фахівця, який працює у сфері соціальної реабілітації

Не кожна людина придатна для соціальної роботи; основним визначальним фактором тут є система цінностей кандидата, яка, за кінцевим рахунком, визначає його професійну придатність і

ефективність практичної діяльності. Поняття про абсолютну цінність кожної людини переходить тут із розряду філософського поняття в категорію базисного психологічного переконання як основи всієї ціннісної орієнтації індивіда. Багато з тих, хто збирається стати фахівцем у цій сфері, можуть виявити серйозні розбіжності в поглядах між своїми настановами і системою цінностей соціальної роботи як професії і покликання. У цьому випадку їм доведеться присвятити себе якийсь інший діяльності.

Студенти, які починають опановувати цю професію, дуже скоро усвідомлюють величезний вплив на неї таких факторів, як політичні сили, економічні умови, демографічні тенденції, технічний прогрес тощо. Тому соціальна робота була і залишається однією з найважчих. Вона не завжди адекватно сприймається громадською думкою і не завжди добре оплачується, але є одним з найбільш благородних видів діяльності людини.

Роль особистісних якостей соціального працівника безсумнівно велика в його професійній діяльності. Серед них можна виділити такі, як гуманістична спрямованість особистості, особиста і соціальна відповідальність, загострене почуття добра, справедливості, власної гідності та повага до гідності іншої людини, толерантність, ввічливість, порядність, емпатичність, готовність зрозуміти інших і прийти до них на допомогу, емоційна стійкість.

Робота з різними за віком, інтересами, рівнем культури чи вихованості людьми викликає необхідність пом'якшення чи маскування деяких рис власного характеру, обумовлених певним типом темпераменту. Таке регулювання характеру потребує твердої волі, зусилля над собою. А це передбачає наявність у структурі характеру таких рис, як уміння володіти собою, стриманість, підтягнутість.

Крім володіння необхідним арсеналом знань, умінь, навичок, у соціального працівника формується позитивна налаштованість на життя і сприйняття інших людей, певна система цінностей, які узгоджуються і не вступають у суперечність із сутністю і змістом соціальної роботи, поведінка, яка не суперечить суспільним нормам і традиціям. Отже, крім певних професійних вимог, до соціального працівника висуваються високі вимоги, які стосуються його світоглядної сфери і власної життєвої позиції.

Професіоналом є соціальний працівник, який:

- відповідає вимогам професії (особистісний і професійний потенціали), робить певний внесок у соціальну політику і соціальну практику, здійснюючи свою діяльність із соціальної адаптації, допомоги, корекції, реабілітації окремої людини і різних категорій населення;
- особистісно налаштований на професію, має особистісно-мотиваційну готовність, професійно необхідні якості, компетентність, а також позитивне ставлення до себе як до професіонала, спрямованого на результативність своєї праці;
- досягає бажаних для суспільства результатів із соціальної допомоги, підтримки, адаптації і реабілітації людей;
- використовує сучасні, оптимально ефективні методи, прийоми, технології з метою соціального захисту людини;
- виконує норми, стандарти, еталони професії, усвідомлює її значущість у суспільстві;
- привносить у професійну діяльність індивідуально-творчий, новаторський компонент, усвідомлено розвиваючи свою особистісну і професійну індивідуальність;
- усвідомлює перспективу і сферу своєї найближчої професійної освіти, підвищення кваліфікації, самоосвіти, вивчення вітчизняного і зарубіжного досвіду;
- має необхідний рівень професійних і особистісних якостей, знань і умінь;
- є соціально активним у суспільстві, ставить і обговорює питання практики, ставлення до професії, її статусу, шукає резерви розв'язання професійних, соціальних проблем.

Професія соціального працівника спрямована на соціальну сферу, тому необхідною умовою для вибору цієї професії є соціальна спрямованість особистості, наявність відповідних соціальних якостей: доброзичливості, справедливості, відповідальності, терплячості, урівноваженості, готовності стати на захист клієнта, прийти на допомогу, підтримати.

Зупинимося на об'єктивних обмеженнях компетентності фахівця. Ці обмеження можуть мати як суто професійний характер (недолік знань, навичок тощо), так і особистісний (наявність у консультанта будь-яких фізичних, психічних чи емо-

ційних проблем). Фахівець повинен чуйно вловлювати ті ситуації, коли наявність у нього власних проблем може зашкодити клієнтам. У таких випадках професіонали повинні намагатися отримати допомогу для їх розв'язання і, за необхідності, обмежити, призупинити або взагалі відмовитися від виконання професійних обов'язків.

Соціальний працівник несе повну відповідальність перед клієнтами, колегами та суспільством загалом за наявність у нього відповідної професійної підготовки та зобов'язаний усвідомлювати межі й обмеження своєї компетенції. Однак на додаток до всього вищесказаного треба зазначити, що фахівець має також розуміти межі своєї відповідальності, оскільки він не може повністю відповідати за своїх клієнтів, замінюючи їм батьків, друзів і, зрештою, самих себе. Надмірна відповідальність, гіперопіка позбавляють клієнта впевненості у своїх силах та можливості особистісного зростання. Перекладання відповідальності за свої життєві рішення на іншу людину дуже привабливе для клієнта, а фахівець із соціальної реабілітації – дуже підходяща для цього постать. Проте через деякий час "рятівник" може перетворитися на "обвинуваченого" за першої ж кризи.

Завдання соціального працівника значно складніше – поступово сформуванати почуття та готовність до відповідальності у клієнтів, що проходять реабілітацію. Професіонал відповідає за процес організації такої допомоги, але не за зміст прийнятих рішень – це право та відповідальність належать клієнту як суб'єкту самовизначення. Це, мабуть, складна частина роботи, оскільки опір може виходити не тільки від клієнта, який не бажає змінюватися, а й – часто неусвідомлено – від самого фахівця. Одна із причин – небажання розлучатися з образом мудрого, доброго, всезнаючого друга, яким він постає в очах клієнта. Відданість, повага і безмірна довіра клієнта не можуть не радувати і не підживлювати самоповагу, тому зрозуміло небажання розлучатися з таким ставленням, а це неминуче, коли клієнт "дорослішає", перестає ловити кожне слово консультанта і починає йому суперечити. Незважаючи на емоції, важливо пам'ятати про те, що на певному етапі продовжувати патерналістські відносини означає пригальмувати реабілітацію.

Отже, надихаюче ставлення тотальної довіри до мудрішого і старшого згодом має змінитися спокійнішим і незалежним ставленням двох дорослих людей.

Творче мислення необхідно соціальному працівнику для оптимальної взаємодії з клієнтом, тому що в соціальній практиці зустрічаються найрізноманітніші клієнти і ситуації. Кожен конкретний випадок вимагає від фахівця гнучкого, неординарного ставлення, що враховує всі особливості розв'язуваної проблеми. Відсутність творчого мислення знижує ефективність діяльності фахівця. У цьому випадку, діючи шаблонно й одноманітно, не враховуючи своєрідності клієнта і ситуації, соціальний працівник може викликати образу і розчарування людей.

Розглянемо це один параметр мислення – соціальний інтелект як складову спеціальних здібностей, який має певну структуру, зумовлену сукупністю характеристик своєрідного поєднання пізнавальних процесів. До структури соціального інтелекту входять всі пізнавальні процеси: сприймання, пам'ять, мислення, уява тощо. Своєрідність соціального інтелекту полягає в тому, що об'єктом уваги соціального працівника є не предмет чи система (технічна, біологічна тощо), а людина, група, неорганізований потік людей. Цим визначаються особливості вияву таких характеристик інтелекту, як великий обсяг і розподіл уваги, спостережливість щодо іншої людини (уміння побачити малопомітні для інших особливості поведінки чи зовнішнього вигляду людини). Специфіка пам'яті соціального працівника полягає в запам'ятовуванні зовнішності людини, прізвищ, імен. Властивості інтелекту виявляються у здібності працівника аналізувати вчинки інших людей і бачити за ними мотиви, певний творчий потенціал особистості, прогнозувати поведінку в конкретних ситуаціях. Уява як пізнавальний процес полягає в умінні поставити себе на місце іншої людини і побачити світ її очима. Отже, пізнавальні процеси, які лежать в основі соціального інтелекту, виражаються в умінні адекватно сприймати й оцінювати інших людей. Оскільки соціальні ситуації мінливі й неповторні, то соціальному працівникові як представнику професій типу "людина – людина" необхідно виділяти поряд із "вічними" знаннями (як загальнокультурними, так і вузької спеціалізації) знання

оперативні, які стосуються конкретних обставин "тут і тепер". З іншого боку, нестандартні ситуації – це нормальний стан соціуму. Тому професійні дані типу "людина – людина" неодмінно потребують творчого складу розуму, здібності ясно уявляти, моделювати варіанти можливих наслідків дій людей, можливого розв'язання тієї чи іншої ситуації. Саме тому фахівцю із соціальної роботи необхідно ґрунтовно володіти знаннями, постійно збагачувати і розширювати їх.

Комунікабельність – одна з головних якостей соціального працівника. Комунікабельність є запорукою успішної професійної діяльності, тому що саме у процесі спілкування відбувається знайомство з клієнтом і його проблемами, визначаються план спільних дій, шляхи і засоби його реалізації, обговорюються хід реалізації прийнятих рішень і кінцеві результати, здійснюється за потреби коригування спільної діяльності. У процесі спілкування з колегами соціальний працівник знайомиться із кращим досвідом роботи, використовує його у своїй практиці і сприяє широкому поширенню, обговорює загальні проблеми й актуальні питання роботи. Спілкування із представниками державних і комерційних установ дає можливість розв'язати організаційні питання, необхідні для нормальної діяльності соціальної служби.

Стиль поведінки соціального працівника, обумовлений сукупністю його особистісно-моральних якостей, ціннісними орієнтаціями та інтересами, вагомо впливає на систему міжособистісних відносин. Тому виховання духовно-моральної культури має займати важливе місце у підготовці соціальних працівників. Оптимальне поєднання професійних знань і навичок з високою духовно-моральною культурою фахівця є необхідною умовою його високої кваліфікації.

У соціальній роботі, поряд із професійними знаннями, велику роль відіграють моральні якості фахівця, які є визначальним фактором успішності та ефективності його діяльності. Моральність як духовна якість людини, її потреба приносити людям благо є ядром особистості соціального працівника. Саме моральні якості фахівця багато в чому визначають поведінку клієнта, його соціальне самопочуття та психологічний

стан. Емпатія є необхідною рисою особистості соціального працівника. Здатність до співпереживання і співчуття розвивається у процесі накопичення фахівцем життєвого і професійного досвіду. Для людей, які звернулися по допомогу до соціальних служб, вияв співчуття, співпереживання до них з боку соціальних працівників відіграє першорядну роль. Навіть високопрофесійне виконання обов'язків без вияву співчуття викликає почуття незадоволення у клієнтів. Навпаки, соціальному працівнику, який небайдужий, щиро і глибоко виявляє участь у житті клієнта, пробачаються вади у професіоналізмі. Такі фахівці справляють більш сприятливе враження, користуються довірою і любов'ю клієнтів.

Особистісні якості фахівця із соціальної реабілітації аналогічні якостям лікаря. Ще в давній давнині, в Аюрведі, зокрема зазначалося: "Лікар ... має бути здоровий, охайний, скромний, терплячий ... Мова його має бути тиха, приємна і обнадійлива. Він повинен мати жалісливе серце, строго правдивий характер, спокійний темперамент, відрізнятися помірністю і цнотливістю, постійним прагненням робити добро".

Прагнення до самовдосконалення у соціального працівника у процесі професійної діяльності має виявлятися постійно. Ця якість необхідна кожній людині, але в діяльності соціального працівника відіграє особливо важливу роль. Постійний самоаналіз діяльності та поведінки, моральний пошук сенсу життя і свого місця в ньому, прагнення до вищих цінностей сприяє зростанню професіоналізму, духовності та моральності соціальних працівників. Прагнення фахівця до професійного та духовно-морального вдосконалення є наочним прикладом для клієнта і сприяє розвитку його моральних якостей, соціальної активності. Якщо ж соціальний працівник не приділяє належної уваги самовдосконаленню, то він не може розраховувати на шанобливе ставлення клієнта. Його особистісний потенціал не буде розкритий, що негативно позначиться на якості його роботи.

Схильність соціального працівника до професійної діяльності виявляється в його інтересі до роботи з унікальним об'єктом – людиною. Об'єктом інтересу стає те, що вже пізнано якоюсь мірою, але в ньому ще є чимало нез'ясованого. Профе-

сійно спілкуючись із різними людьми, соціальний працівник повинен надати їм допомогу у розв'язанні проблем, що виникли в їхньому житті. Проблема кожного клієнта є своєрідною, життєві обставини – індивідуальними, особливими. Фахівець із соціальної роботи працює в умовах, коли практично неможливо використати напрацьовані алгоритми діяльності й потрібно постійно знаходити нестандартні рішення. Надзвичайно важливу роль у цьому відіграють вольові риси соціального працівника, його прагнення вступити в контакт з об'єктом, розгорнути пов'язану з ним діяльність.

Отже, роль особистісних якостей соціального працівника надзвичайно велика у його професійній діяльності. Духовні цінності суспільства та професії впливають на формування і розвиток духовно-моральних якостей фахівця. Водночас практичний вияв високої духовно-моральної культури соціальних працівників благотворно впливає на моральний клімат соціуму, сприяє підвищенню рівня суспільної моралі.

Контрольні запитання

1. Назвіть основні напрями стратегії розвитку вищої освіти в Україні.
2. Порівняйте основні напрями підготовки фахівців соціальної сфери в Україні та за кордоном.
3. Назвіть основні компетентності, яких набувають студенти в ході підготовки до діяльності фахівця із соціальної реабілітації.
4. Який має бути стиль поведінки фахівця із соціальної реабілітації?
5. У чому полягають особливості особистості фахівця із соціальної реабілітації?

Завдання для самостійної роботи

1. Складіть психологічний портрет соціального працівника, який є спеціалістом із соціальної реабілітації.
2. Розробіть презентацію освітньої програми "Соціальна реабілітація".
3. Сформулюйте план заходів для підвищення престижу фахівців із соціальної реабілітації.

Список рекомендованої літератури

1. Демченко Ю. Організаційно-дидактичні особливості професійної підготовки фахівців із соціальної реабілітації в США / Ю. Демченко // Витоки педагогічної майстерності. – 2020. – Вип. 26. – С. 67–70.
2. Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації : навч.-метод. комплекс / О. В. Безпалько, І. Д. Зверева, З. П. Кияниця, В. О. Кузьмінський ; за заг. ред. І. Д. Зверевої, Ж. В. Петровича. – К. : Фенікс, 2007.
3. Ковчина І. М. Сучасні технології соціальної роботи за рубежом : навч.-метод. посіб. / І. М. Ковчина. – К., 2001.
4. Козубовський В. В. Соціальний захист неповнолітніх у Великій Британії (порівняльний аналіз) / В. В. Козубовський. – Ужгород : УжНУ, 2004.
5. Пришляк О. Ю. Змістовий компонент професійної підготовки соціальних педагогів у Німеччині / О. Пришляк // Наук. записки Тернопіль. нац. пед. ун-ту ім. В. Гнатюка. Серія : Педагогіка. – 2007. – № 1. – С. 39–44.
6. Канюк О. Л. Деякі аспекти підготовки соціальних працівників в Німеччині в умовах Болонської реформи / О. Л. Канюк // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. Серія : Педагогіка. Соціальна робота / гол. ред. І. В. Козубовська. – Ужгород : Говерла, 2013. – Вип. 28. – С. 56–59.
7. Когут С. Я. Системи професійної підготовки соціального педагога у вищих навчальних закладах освіти України і Польщі (порівняльний аналіз) : дис. канд. пед. наук : 13.00.01 / С. Я. Когут. – Л., 2004.
8. Романовська Л. І. Зарубіжний досвід організації соціальної та соціально-педагогічної роботи / Л. І. Романовська // Наук. вісню Чернівецького ун-ту : зб. наук. праць. – 2013. – Вип. 654. – С. 133–145.
9. Baranyuk V. V. Experience of Forming Professional and Communicative Competency of Future Social Workers in Educational Systems of Western European Countries / V. V. Baranyuk // Comparative Professional Pedagogy : Stientific Journal [Chief. Ed. N. M. Bidyuk]. – Kyiv ; Khmelnytskyi : KhNU, 2015. – Vol. 5. – Issue 4. – P. 109–114.

Абілітація – опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування.

Адаптація – процес набуття людиною або групою певного соціального статусу, оволодіння тими чи іншими соціально-психологічними рольовими функціями. Процес адаптації пов'язаний із корекцією і перебудовою окремих функціональних систем психіки й особистості.

Адаптація соціальна – пристосування індивіда до умов соціального середовища, формування адекватної системи відносин із соціальними об'єктами, рольова пластичність поведінки, інтеграція особистості у соціальні групи, діяльність щодо освоєння стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища, форм соціальної взаємодії.

Адиктивна поведінка – одна з форм деструктивної поведінки, яка виявляється у прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану через приймання певних речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності, що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій.

Акцентуація характеру – перебільшений розвиток окремих його властивостей за рахунок інших, унаслідок чого погіршується взаємодія з оточенням.

Алкоголізм – неконтрольована потреба у спиртних напоях, призводить до сп'яніння, виникнення ейфорії. Алкоголізм має стадії звички і хвороби.

Анамнез – сукупність відомостей, отриманих при медичному обстеженні шляхом розпитування самого обстежуваного і/або осіб, які його знають.

Арттерапія – терапія мистецтвом, основна мета якої полягає в гармонізації розвитку особистості через розвиток здатності самовираження і самопізнання.

Асоціальна поведінка – поведінка, що суперечить моральним нормам, безпосередньо загрожує благополуччю міжособистісних відносин.

Аутоагресивна поведінка – дії, спрямовані на нанесення якогонебудь збитку своєму соматичному або психічному здоров'ю. Варіант агресивної поведінки, за якої суб'єкт і об'єкт агресії збігаються.

Аутоагресія – агресивна поведінка, спрямована проти самого себе, що виявляється в самозвинуваченні, самоприпиненні, нанесенні собі тілесних ушкоджень, спробах самогубства.

Аутотренінг – спеціальні прийоми (формули) самонавіювання, за допомогою яких людина може переконати себе в чому завгодно.

Багатодітна сім'я – сім'я, у якій подружжя (чоловік та жінка) перебуває у зареєстрованому шлюбі, разом проживає та виховує трьох і більше дітей, зокрема й кожного з подружжя, або один батько (одна мати), який (яка) проживає разом із трьома і більше дітьми та самостійно їх виховує.

Бездоглядність – відсутність або недостатність контролю за поведінкою або заняттями дітей і підлітків, виховного впливу на них з боку батьків або осіб, які їх замінюють.

Безхатченко – людина, що перебуває у стані бездомності, тобто не має права власності на житлове приміщення (будівлю, будову) або права користування житловим приміщенням (будівлею, будовою), яке вона могла би використовувати для проживання або перебування, а також не має реєстрації за місцем проживання або місцем перебування.

Безпритульні діти – діти, які не мають батьківського або державного піклування, постійного місця проживання, відповідних до віку позитивних знань, необхідного догляду, систематичного навчання і розвивального виховання. Безпритульність часто пов'язана із протиправною поведінкою.

Бідність – майново-економічна характеристика окремої фізичної особи або частини населення, що мають мінімальні доходи за прийнятою шкалою цінностей і рівнем життя в державі. Бідність ділиться на первинну, коли рівень життя нижче мінімального

фізіологічного рівня, вторинну, із суб'єктивно сприйманим недоліком життєвих благ, і приховану.

Бродяжництво – систематичне переміщення особи протягом тривалого часу з однієї місцевості в іншу або в межах однієї місцевості (напр. міста) без постійного місця проживання з існуванням при цьому на випадкові доходи.

Виправні колонії – виправні установи, передбачені Кримінально-виконавчим кодексом України, які призначені для виконання покарання у вигляді позбавлення волі на певний строк.

Виховання – процес соціокультурного становлення і розвитку індивіда, під час якого, залежно від спрямованості впливу, відбувається засвоєння ним соціального досвіду, знань, умінь, цінностей, норм поведінки.

Уразливі групи – групи людей, що зазнають або можуть зазнати негативних впливів соціальних, економічних, екологічних і фізіологічних чинників.

Госпіталізація – поміщення до стаціонарного лікувально-профілактичного закладу осіб, які потребують обстеження та лікування.

Група – об'єднання людей, що мають спільну мету, яка може бути досягнута в результаті взаємодії та спільної роботи її членів.

Група соціального ризику – група, що об'єднує людей, які схильні до небезпечних негативних впливів і становлять загрозу для життя суспільства. Традиційні групи ризику – це алкоголіки, повії, безхатченки, чий спосіб життя характеризується як соціальне захворювання.

Групи взаємодопомоги – добровільні неформальні об'єднання людей, які мають спільні проблеми.

Девіантна поведінка – поведінка індивіда або групи, яка не відповідає загальноприйнятим нормам, унаслідок чого відбувається порушення цих норм.

Дезадаптація – порушення адаптації, пристосування організму до постійно мінливих умов зовнішнього або внутрішнього середовища. Стан динамічної невідповідності між живим організмом і

зовнішнім середовищем, що призводить до порушення фізіологічного функціонування, зміни форм поведінки, розвитку патологічних процесів.

Делінквентність – психічна готовність до правопорушення.

Депресія – стан психологічної пригніченості людини, що характеризується зниженням її активності, загального життєвого тону і переважанням у її психології негативних емоцій.

Дискримінація – будь-яка відмінність, виключення, обмеження або перевага, що заперечує або зменшує рівне здійснення прав. Поняття охоплює виключення або обмеження можливостей для членів певної групи відносно можливостей інших груп.

Дитина – особа віком до 18 років (повноліття), якщо згідно із законом, застосовуваним до неї, вона не набуває прав повнолітньої раніше.

Дитячий будинок сімейного типу – 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 ніж п'ять дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування.

Діагноз – у соціальній роботі – процес розуміння конкретної роботи, її витоків та можливих шляхів допомоги людині або групі людей.

Діти групи ризику – категорія дітей, які через певні обставини життя більше інших категорій схильні до негативних зовнішніх дій з боку суспільства і його кримінальних елементів, що стали причиною дезадаптації неповнолітніх.

Діти-втікачі – діти, які втекли з дому або з виховної установи внаслідок розриву зв'язків із батьками, важкого конфлікту з учителями, вихователями, однолітками. Серед цих дітей відзначається різке зростання соціальної дезадаптації: рання алкоголізація і наркоманія, бродяжництво, протиправні дії.

Ексклюзія – процес розриву соціальних зв'язків, який обумовлений екстремальною бідністю і відсутністю реальних шансів змінити ситуацію на краще.

Експертиза медико-соціальна – визначає ступінь обмеження життєдіяльності людини, причину, час настання, групу інвалідності, сприяє проведенню ефективних заходів із профілактики інва-

лідності, реабілітації осіб з інвалідністю, пристосування до суспільного життя.

Емансипація – звільнення від якої-небудь залежності, скасування якихось обмежень, зрівняння у правах.

Заклади наркологічні – заклади (відділення або кабінети), які у встановленому законом порядку надають наркологічну допомогу.

Заклади охорони здоров'я – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення у сфері охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.

Залежність наркотична – хронічне захворювання, яке виникає в результаті тривалого вживання психоактивної речовини (речовин), що впливає на емоційний стан індивіда, причому останній не може самостійно припинити його вживання, незважаючи на виникнення серйозних проблем (погіршення здоров'я, зіткнення із законом, соціальні та економічні ускладнення).

Злочин – протиправне, суспільно небезпечне діяння, що класифікується за певними нормами кримінально-процесуального права (зґвалтування, вбивство, нанесення значних тілесних пошкоджень).

Інклюзія – політика і процес, що передбачає отримання більших можливостей у навчанні та соціальному житті для всіх дітей. Інклюзивна освіта – це розширення участі всіх студентів, у тому числі з особливими потребами в освітньому процесі.

Інтеграція – об'єднання в одне ціле, структурування раніше роз'єднаних, невпорядкованих явищ, частин цілого. Інтеграція у суспільство людей з інвалідністю – цілеспрямований процес передавання суспільством соціального досвіду з урахуванням особливостей та потреб різних категорій осіб з інвалідністю за їхньої активної участі в ньому. Інтеграція передбачає забезпечення адекватних для цього умов, унаслідок чого люди з особливими потребами залучаються до всіх соціальних систем, структур, соціуму і зв'язків, призначених для здорових членів суспільства.

Казкотерапія – метод, що використовує казкову форму для інтеграції особистості, розвитку творчих здібностей, розширення свідомості, вдосконалення взаємодії з навколишнім світом.

Класифікація – система підпорядкованих понять (класів, об'єктів) певної сфери знання чи діяльності людини, що використовується як засіб для встановлення зв'язків між цими поняттями чи класами об'єктів.

Клієнт – людина, що звернулася до соціальної служби по допомогу для розв'язання якої-небудь проблеми.

Клімат сім'ї психологічний – більш чи менш стійкий емоційний стан, який виникає в результаті сукупності настрою членів сім'ї, їхніх духовних переживань, ставлення один до одного, інших людей, роботи, оточуючих подій. Він нерозривний з ідейно-моральними цінностями сім'ї, є показником якості міжособистісних стосунків її членів. Психологічний клімат створюють члени сім'ї, від їх зусиль залежить, яким він буде. Основою благополучного психологічного клімату є подружня сумісність, передусім спільність моральних поглядів чоловіка і дружини.

Конвенція про права дитини – документ, прийнятий Генеральною Асамблеєю ООН 20 листопада 1989 р. Конвенція визначена як "велика хартія вільностей для дітей, світова конституція прав дитини". Покладає на держави, які її приймають, правову відповідальність за дії щодо дітей, пропонує юридичні гарантії і норми. Основні положення Конвенції – забезпечити права дітей на виховання, розвиток, захист і активну участь у житті суспільства. Ратифікована Верховною Радою України 27 лютого 1991 р.

Консультавання – сукупність процедур, направлених на допомогу людині у розв'язанні проблем і ухваленні рішень щодо професійної кар'єри, одруження, сім'ї, удосконалення особи і міжособових відносин. Професійне відношення кваліфікованого консультанта до клієнта, яке зазвичай уявляється як "особа – особа", хоча іноді в ньому беруть участь більше двох осіб.

Конфлікт соціальний – зіткнення сторін, думок, сил; вища стадія розвитку суперечностей у системі відносин людей і соціальних інститутів.

Конфронтація – різке протистояння, протиборство, зіткнення поглядів, принципів, соціальних систем тощо.

Куклотерапія – метод, заснований на ідентифікації дитини з улюбленим героєм мультфільму, казки, улюбленою іграшкою.

Маргінальність – поняття, традиційно використовуване в соціальній філософії і соціології для аналізу пограничного положення особи щодо якої-небудь соціальної спільноти, що накладає певний відбиток на її психіку і спосіб життя.

Медична реабілітація – сфера медичної науки, яка вивчає механізм дії фізичних лікувальних чинників, обґрунтовує та створює технології відновлювального лікування, оцінює ефективність медичної реабілітації дорослих та дітей з різноманітними патологіями.

Мотивація – сукупність психологічних явищ, у яких відображається наявність у людській психіці визначеної готовності, що направляє до досягнення мети. Мотивація тісно пов'язана з потребами людини і супроводжується переживаннями, позитивними або негативними емоціями. При цьому мета і мотив не збігаються. Наприклад, у працівника з'явилася мета змінити місце роботи, мотиви ж можуть бути різними: а) поліпшити своє положення; б) наблизити місце роботи до місця проживання; в) уникнути можливих неприємностей.

Наркоманія – захворювання, що виявляється в патологічному потязі до постійного приймання у зростаючих кількостях наркотичних речовин, розвитку залежності від них, а також виражених медико-соціальних наслідках.

Насилля в сім'ї – застосування фізичної сили, примусового впливу, пригноблення членів сім'ї. Стосовно дітей – це систематичні фізичні покарання, деспотизм, жорстокість, погрози, надмірна суворість, грубість, що принижує гідність дитини.

Неблагополучні сім'ї – сім'ї, які через ті чи інші обставини повністю або частково втратили свої виховні можливості, якісні стосунки, унаслідок чого складаються несприятливі умови для виховання дитини.

Нешасний випадок – тілесні пошкодження або смерть, інколи пошкодження майна, причиною яких з'явився несподіваний збіг обставин.

Опіка – влаштування дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, у сім'ї громадян України, які перебувають

переважно в сімейних, родинних відносинах із цими дітьми, з метою забезпечення їхнього виховання, освіти, розвитку, захисту прав та інтересів.

Патронаж соціальний – вид соціального обслуговування (переважно за місцем проживання) індивідуальних клієнтів і груп ризику, який полягає у постійному соціальному нагляді, регулярному відвідуванні їхнього житла соціальними та іншими працівниками, наданні їм необхідної економічної, матеріально-побутової, лікувально-профілактичної допомоги.

Пенітенціарна система – державний інститут, що відає виконанням кримінальних покарань, накладених на громадян відповідно до закону.

Первинна профілактика – комплекс заходів, спрямованих на запобігання негативному впливу біологічних і соціально-психологічних факторів, які впливають на формування поведінки, що відхиляється.

Підтримка психологічна – система соціально-психологічних, психолого-педагогічних способів і методів допомоги особі з метою оптимізації її психоемоційного стану у процесі формування здібностей і самосвідомості та сприяння соціально-професійному самовизначенню.

Правопорушення – порушення адміністративних та правових норм, які виявляються через дрібні крадіжки, здирицтво, викрадення автотранспортних засобів, хуліганство.

Прийомна сім'я – сім'я або особа, що не перебуває у шлюбі, яка добровільно взяла із закладів для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, від одного до чотирьох дітей на виховання та спільне проживання.

Проблема соціальна – соціальні умови, ситуації або явища, несумісні із цінностями значної кількості людей, які прагнуть зробити необхідні дії, що забезпечать їм бажані зміни.

Проблеми реабілітації на макрорівні – соціальні проблеми першого порядку, які торкаються суспільства загалом.

Проблеми реабілітації на мезорівні – соціальні проблеми другого порядку, пов'язані з регіональними умовами, наявністю чи відсутністю спецшкіл, спеціальних реабілітаційних центрів, спе-

ціалістів-дефектологів у місцях мешкання сімей, де є дитина з інвалідністю.

Проблеми реабілітації на мікрорівні – проблеми сімейного та родинного характеру, які мають дітей з інвалідністю і потребують конкретної допомоги соціальних служб.

Програма реабілітації – чіткий план, схема спільних дій батьків і фахівців, що сприяють розвитку здібностей дитини, її оздоровленню, соціальній адаптації (напр. професійній), причому в цьому плані обов'язково передбачаються заходи щодо інших членів сім'ї.

Професійне захворювання – хронічне або гостре захворювання, причиною якого став тривалий вплив на працівника шкідливих виробничих факторів.

Профілактика – комплекс медичних, санітарно-технічних, гігієнічних, педагогічних і соціально-економічних заходів, спрямованих на попередження захворювань, інших явищ та усунення факторів ризику.

Профілактика бездомності – система заходів, спрямованих на усунення причин бездомності та запобігання їй, у тому числі заходів щодо зниження ризику і запобігання втратам людьми прав на житлові приміщення і виникненню пов'язаних із відсутністю житла негативних суспільних наслідків.

Психогімнастика – одна з форм психотерапії, за якої взаємодія ґрунтується на руховій експресії, міміці, пантомімі.

Психокорекційна робота з підлітками – робота, спрямована на подолання негативної поведінки та формування адекватної самооцінки і позитивних міжособистісних взаємин з однолітками.

Психологічне насильство – вплив однієї особи (групи осіб) на психіку дитини із використанням словесних образ, погроз, переслідування, залякування, критики, маніпуляцій, що може призвести до виникнення у дитини пригніченого або хронічного тривожного стану, затримки чи відставання психоемоційного, когнітивного, соціального та фізичного розвитку тощо.

Психотерапія – науково обґрунтований та емпірично перевірений вид діяльності, що спрямований на допомогу людям, які потер-

пають від психічних, психосоматичних, соціальних проблем або страждання; використовує психологічні інструменти.

Реабілітація – комплекс медичних, психологічних, педагогічних, технічних, професійних заходів, спрямованих на відновлення (компенсацію) порушених функцій організму і працездатності, обмеженої життєдіяльності хворих, осіб з інвалідністю. У соціальній роботі – це вплив, що визначається соціальною підтримкою і соціальним захистом людей, які їх потребують через соціальну незахищеність, хворобу, дисфункції або інші соціальні причини. Допомога полягає у фізичній терапії, психотерапії, тренуванні, зміні способу життя.

Реабілітація медична – спрямована на відновлення або компенсацію тієї чи іншої втраченої функції чи можливе уповільнення захворювання.

Релаксація – метод, за допомогою якого можна частково чи цілком рятуватися від фізичного чи психічного напруження.

Ресоціалізація – свідоме відновлення особи в соціальному статусі повноправного члена суспільства; повернення її до самостійного загальноприйнятого соціально-нормативного життя в суспільстві.

Самогубство – самостійне позбавлення себе життя, спричинене безпосередньою, навмисною і бажаною поведінкою.

Самореалізація – рівень задоволення духовних потреб особистості, реалізації творчого потенціалу.

Середовище соціальної реабілітації – середовище проживання і функціонування, соціального обслуговування, трудової діяльності, відпочинку, навчання, заняття творчістю, отримання інформації.

Система реабілітації – значний набір послуг, що надаються не тільки дітям, але їхнім батькам, сім'ї загалом і більш широкому оточенню.

Ситуаційний аналіз – аналіз усієї ситуації, у результаті якої визначаються її сильні і слабкі сторони, небезпеки і додаткові можливості, що очікують людину внаслідок того або іншого ходу розвитку подій.

Сімейна генограма – схематичне зображення сімейної системи в кількох (трьох – чотирьох і більше) поколіннях. Дає можливість

побачити і простежити закономірності та повторення в розглядуваній сімейній системі.

Сімейна терапія – робота з усією сім'єю або її частиною.

Сімейне виховання – система виховання і навчання, що складається в умовах конкретної сім'ї силами батьків і родичів.

Служби соціальні спеціалізовані – заклади соціальної спрямованості, які існують самостійно і мають права юридичної особи або існують у системі соціальних служб.

Соціалізація – процес засвоєння норм, правил, цінностей суспільства або його окремих соціальних систем, необхідний для отримання мотивів – стимулів соціальної діяльності людей у суспільстві для їхньої соціальної адаптації.

Соціальна адаптація – пристосування індивіда до умов соціального середовища, формування адекватної системи відносин із соціальними об'єктами, рольова пластичність поведінки, інтеграція особистості у соціальні групи, діяльність щодо освоєння стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища, форм соціальної взаємодії.

Соціальна активність – сукупність виявів життєдіяльності суспільства.

Соціальна взаємодія – форма соціальних зв'язків, що реалізуються в обміні діяльністю, інформацією, досвідом, здібностями, уміннями, навичками та у взаємному впливі людей.

Соціальна допомога – система заходів, спрямованих на повернення особи до активного життя та праці, відновлення соціального статусу і формування в особи якостей, настанов щодо пристосування до умов нормальної життєдіяльності шляхом правового і матеріального захисту її існування, підготовки до самообслуговування з формуванням здатності до пересування і спілкування, повсякденних життєвих потреб тощо.

Соціальна корекція – діяльність соціального суб'єкта з виправлення психологічних, педагогічних і соціальних особливостей, що не відповідають прийнятним у суспільстві моделям і стандартам.

Соціальна перцепція – багатофункціональний процес, який передбачає сприйняття зовнішніх ознак людини, співвіднесення їх

з її особистісними характеристиками, інтерпретацію і прогнозування на цій основі її вчинків.

Соціальна політика – діяльність держави та інших політичних інститутів з управління розвитком соціальної сфери суспільства.

Соціальна програма – комплекс узгоджених заходів за цілями, термінами, ресурсами та виконавцями у масштабах визначеної території та соціальної сфери, що спрямовані на розв'язання комплексу соціальних проблем.

Соціальна профілактика – робота, спрямована на попередження аморальної, протиправної, іншої асоціальної поведінки дітей та молоді, виявлення будь-якого негативного впливу на життя і здоров'я дітей та молоді й запобігання такому впливу.

Соціальна реабілітація – технологія в соціальній роботі, система медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення або, можливо, більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності, викликаних серйозною соціальною проблемою, порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму. Мета – відновлення соціального статусу клієнта, досягнення ним матеріальної незалежності та його соціальна адаптація.

Соціальна реабілітація засуджених – процес відновлення соціальних функцій, ролей, статусу осіб, позбавлених волі, втрачених ними у зв'язку із вчиненням злочину, осудом і відбуванням покарання у специфічних умовах ізоляції і законного обмеження в деяких правах і свободах.

Соціальна реабілітація у вузькому тлумаченні – система форм, методів і засобів відновлення втрачених індивідом або не набутих у процесі соціалізації функцій, відносин і ролей соціального функціонування.

Соціальна реабілітація у широкому тлумаченні – створення умов у суспільстві для відновлення і розвитку здібностей і навичок індивідів самостійного соціального функціонування.

Соціальна реінтеграція – підтримка, що надається особам в період їх повернення в суспільство після закінчення перебування поза ним (напр. у місцях позбавлення волі).

Соціальна робота – вид професійної діяльності, направленої на задоволення соціально гарантованих і особистісних інтересів і потреб різних груп населення, на створення умов, які допомагають відновленню або поліпшенню здатності людей до соціального функціонування.

Соціальна служба – організація, яка створюється з метою розв'язання визначених соціальних завдань за участі керівництва та працівників підприємства і фінансується за кошти підприємства, працівників, з інших джерел, передбачених українським законодавством.

Соціальна справедливість – передбачає рівність усіх громадян перед законом; забезпечення гарантій життєдіяльності людини; високий рівень соціальної захищеності тощо.

Соціальне обслуговування – робота, спрямована на задоволення потреб, які виникають у процесі життєдіяльності, що забезпечує гармонійний і різнобічний розвиток дітей та молоді шляхом надання соціальної допомоги і різноманітних соціальних послуг.

Соціальне страхування – фундаментальна основа державної системи соціального захисту населення, що уможливорює матеріальне забезпечення і підтримку непрацездатних громадян за рахунок фондів, сформованих працездатними членами суспільства.

Соціальне функціонування – здатність індивіда самостійно здійснювати взаємодію з навколишнім світом, забезпечувати свою життєдіяльність і життєдіяльність сім'ї, відповідати встановленим і загальноприйнятим у суспільстві нормам моралі та моральності.

Соціальний захист – система державних гарантій для реалізації прав громадян на: працю і допомогу на час безробіття; підтримання життєвого рівня через перегляд мінімальних розмірів основних соціальних гарантій за умов зростання цін на споживчі товари і послуги; надання державної допомоги, пільг та інших видів соціальної підтримки малозабезпеченим громадянам і сім'ям, які виховують дітей; матеріальне забезпечення за досягнення пенсійного віку, тимчасової або постійної втрати працездатності, годувальника тощо.

Соціальний захист засуджених – система спільних заходів, здійснюваних адміністрацією виправних установ, іншими суб'єктами пенітенціарної соціальної роботи, представниками державних

органів, неурядових організацій щодо забезпечення передбачених законом прав, свобод та інтересів осіб, які відбувають покарання у місцях позбавлення волі (соціальне обслуговування, соціальне страхування, підтримка).

Соціальний інститут – стійкий комплекс формальних і неформальних норм, правил, принципів, які регулюють різні сфери людської життєдіяльності й організовують їх у систему соціальних статусів та ролей.

Соціальний педагог – працівник соціальної сфери, який спеціалізується на роботі з дітьми і батьками, дорослим населенням у сімейно-побутовому середовищі, підлітками і молодіжними групами та об'єднаннями.

Соціальний працівник – фахівець із соціальної роботи.

Соціальний супровід – вид соціального обслуговування, який передбачає надання комплексу соціальних послуг, спрямованих на подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення соціального статусу.

Соціальні технології – система знань про оптимальні способи перетворення і регулювання соціальних відносин і процесів у життєдіяльності людей, а також сама практика алгоритмічного застосування оптимальних способів перетворення і регулювання соціальних відносин і процесів, сукупність способів професійного впливу на соціальний об'єкт із метою його поліпшення, забезпечення оптимізації функціонування за можливого тиражування певної системи впливу.

Соціально-педагогічний патронаж – технологія соціальної роботи, що сприяє взаємодії закладів освіти, сім'ї і суспільства у вихованні дітей, їхній адаптації до умов соціального середовища, забезпечує консультативну допомогу батькам і особам, які їх замінюють.

Справжні суїцидальні дії – усвідомлені навмисні дії, метою і мотивом яких є добровільне позбавлення себе життя.

Стигматизація – соціально-психологічна дискримінація будь-якої категорії людей; навішування ярликів на людину, найчастіше образливих, принижуючих.

Суїцид – акт самогубства або спроби самогубства, який здійснюється у стані сильного душевного розладу або під впливом якогось психічного захворювання.

Суїцидальна поведінка – варіант поведінки особистості, що характеризується усвідомленим бажанням покінчити із собою (мета – смерть, мотив – дозвіл або зміна психотравмувальної ситуації шляхом добровільного відходу із життя), тобто будь-які внутрішні та зовнішні форми психічних актів, що направляються уявленнями про позбавлення себе життя.

Суїцидальний шантаж – здійснення суїцидальних дій як засобу впливу особистості на несприятливу ситуацію та її учасників.

Суїцидальні думки – пасивна (внутрішня) форма суїцидальної поведінки, що характеризується уявленнями (думками) на тему своєї смерті, але не оформляється в усвідомлене бажання позбавлення себе життя як варіанта мимовільної активності.

Суїцидальні наміри (тенденції) – активна (внутрішня) форма суїцидальної поведінки; включає не тільки суїцидальні задуми, але й мимовільні вчинки із планування та підготовки суїцидальних дій, що безпосередньо передують їх здійсненню. Передбачають прийняття суїцидального рішення і призводять до скоєння суїцидальних дій.

Суїцидологічна інтервенція – заходи, лікувальна допомога, що надається за наявності у людини суїцидальних (аутоагресивних) виявів і спрямована на запобігання здійсненню суїцидальних дій.

Телефон довіри – підрозділ соціальної служби для молоді, діяльність якого спрямована на надання кваліфікованої екстреної, анонімної, безкоштовної психологічної і психотерапевтичної допомоги по телефону підліткам, молоді, окремим категоріям населення, що переживають кризові ситуації. Одним із завдань діяльності телефону довіри є профілактика та попередження девіантної, делінквентної поведінки.

Терапія – процес, бажаною метою якого є полегшення, зняття чи усунення симптомів і виявів того чи іншого захворювання, патологічного стану чи іншого порушення життєдіяльності, нормалізація порушених процесів життєдіяльності й одужання, відновлення здоров'я.

Технології соціальної профілактики – сукупність засобів, методів впливу на соціальний об'єкт з метою збереження його функціонального стану і попередження можливих негативних процесів у його життєдіяльності. Соціальна профілактика спрямована на попередження можливих фізичних, психологічних чи соціокультурних колізій в окремих індивідів і груп ризику, збереження, підтримку і захист нормального рівня життя і здоров'я людей; сприяння їм у досягненні поставлених цілей і розкриття їхнього внутрішнього потенціалу.

Технології соціальної реабілітації – комплекс заходів, спрямованих на відновлення людини у правах, соціальному статусі, поліпшення її здоров'я, дієздатності. Цей процес спрямований також на зміну соціального середовища, умов життєдіяльності, порушених чи обмежених із певних причин.

Технології соціальної роботи – вид соціальних технологій, метою яких є адаптація людей до соціальних умов і набуття ними самостійності; одна із соціальних технологій, що орієнтована на соціальне обслуговування, допомогу і підтримку громадян, які перебувають у важкій життєвій ситуації.

Технологія (від гр. *techne* – "мистецтво", "майстерність", "уміння" + *logos* – "учення") – система знань про способи й засоби обробки і якісного перетворення об'єкта.

Третинна профілактика – комплекс заходів соціально-психологічного і юридичного характеру, що мають на меті запобігання вчиненню повторного злочину підлітком, який вийшов із місць позбавлення волі.

Фізичне насильство в сім'ї – умисне нанесення одним членом сім'ї іншому її члену побоїв, тілесних ушкоджень, що може призвести або призвело до смерті постраждалого, порушення фізичного чи психічного здоров'я, заподіювання шкоди його честі та гідності.

Фрустрація – психічний стан людини, що виражається у характерних переживаннях і поведінці; те, що викликається об'єктивно непереборними труднощами на шляху до досягнення мети.

ЮНІСЕФ – спеціалізована структура ООН, створена 11 грудня 1946 р.

Вправа для тренування уміння розрізняти дії, думки й почуття

Дії – фізичні або вербальні вияви, з яких складається поведінка людини.

Думки – те, що належить до процесів мислення: запам'ятовування, розуміння, аналіз, синтез, творчість, доведення, рефлексія, судження, формування поглядів і уявлень, оцінювання.

Почуття – поєднання емоційних і фізіологічних реакцій, які є результатом позитивного або негативного оцінювання певної ситуації, бажання навчитися керувати агресією, сором'язливістю, ставити цілі тощо.

Відмінність між цими поняттями слід не просто пояснити, а й тренувати навичку їх диференціювати. Наприклад, учасникам пропонують написати невеликий твір "Мій вчорашній день". Потім вони мають розподілити текст на речення за трьома ознаками. До першої групи належать речення, які відображають думки, до другої – почуття, до третьої – поведінку. Краще зробити це у вигляді таблиць. Після цього всі разом аналізують роботу кожного, виправляють помилки і доходять висновку, що розрізняти думки, почуття, поведінку досить складно. У когось із дітей у тексті переважають думки, у когось – дії чи почуття; найкраще, коли все збалансовано, принаймні коли дії не переважають над думками (імпульсивна поведінка). Може бути й варіант, коли в тексті майже відсутній опис почуттів. Це свідчить про те, що в людини не розвинена емоційна сфера. Таке часто буває в осіб із девіантною поведінкою, оскільки вони зазнають численних психотравмувальних ситуацій, унаслідок яких почуття пригнічуються, зменшуючи емоційний біль.

Вправа "Вчимося висловлювати співпереживання"

Кожна людина бажає мати друзів, які можуть вислухати і зрозуміти її, вміють співпереживати. Співпереживання означає, що ви маєте уважно вислухати людину, спробувати уявити, що вона може відчувати, і сказати їй щось, що показало б їй ваше розуміння ситуації та її переживань.

1. Подумайте:

Як розрізнати почуття і зміст переживання?

Як зрозуміти, що може відчувати інша людина?

Як висловитися, щоб відобразити і почуття, і зміст співпереживання?

2. Потренуйтеся у диференціації змісту ситуації та почуттів із цього приводу. Для цього скористайтеся формулами:

"Звучить так, ніби ти... (опис відчуттів), тому що (зміст)".

"Ти маєш вигляд, ніби... (опис відчуттів), тому що (зміст)".

"Може, ти ... (опис відчуттів), тому що (зміст)?".

"Схоже, ти ... (опис відчуттів), тому що(зміст)".

3. Розгляньте наведені ситуації і спробуйте висловити співчуття героям із використанням цих формул.

Ситуація 1. Олена розповідає, що її батьки вирішили розлучитися і вона буде деякий час жити у тітки в селі, поки батьки не розберуться зі своїми проблемами. Вона плаче, розповідаючи про це.

Ситуація 2. Галині подарували щеня на день народження. Але через тиждень на прогулянці в парку воно втекло. Галина шукала його всюди, розвісила оголошення, навіть ходила до служби відловлювання безпритульних тварин – і все марно. Галина в розпачі розповідає це подругам.

Ситуація 3. Василю подарували велосипед. Тато попередив його, щоб він не забував кожного дня ввечері заносити велосипед у сарай. Проте одного разу Василь загрався із приятелями і залишив велосипед просто надворі. Вранці велосипеда вже не було. Василь розповідає це приятелям.

Техніка "Діаграма відповідальності"

Для цієї техніки використовують кругові діаграми. Обов'язковою умовою роботи із цієї технікою є розуміння дітьми поняття відсотків або дробів. Для учнів молодших класів цю техніку не застосовують. Повний круг відповідає 100 % відповідальності за якусь подію. Обговорюючи життєві ситуації, діти визначають, яку частку відповідальності за подію вони (або герої ситуації) беруть на себе і як решта відповідальності розподіляється між іншими учасниками подій.

Приклад ситуації:

Мама – залишила чашку на столі.

Цуценя – захотіло гратися.

Я – грався із цуценям і посунув чашку. Чашка розбилася.

Психолог разом із дітьми визначає ступінь відповідальності учасників ситуації. Далі може запропонувати ще кілька завдань, наприклад описати ситуацію, у якій хтось не виявив належної відповідальності. Діти мають указати, що мало бути в цій ситуації і що відбулося насправді.

Намалювати на дошці діаграму відповідальності та запитати дітей, яку частку відповідальності кожен із них хоче взяти на себе і як розподілити решту відповідальності між учасниками подій. Запропонувати дітям позначити ці частини відповідальності на аналогічній діаграмі, яку вони мають спершу намалювати у себе в зошиті. Після цього обговорити, яку частку відповідальності кожна дитина взяла на себе. При цьому не слід оцінювати (а тим більше коментувати вголос) той відсоток відповідальності, який дитина бере на себе. Хоч би яким незначним був відсоток (нехай навіть тільки один), цей факт потрібно використати для обговорення з дітьми подальших шляхів усвідомлення ними своєї відповідальності.

Наступну вправу виконують також із використанням діаграми відповідальності.

Приклад ситуації:

Василь відповідає за свого собаку: годує його, гуляє з ним. Він ви-йшов із собакою у двір, а там хлопці запросили його грати у футбол. Він прив'язав собаку до дерева і пішов грати. Через дві години виявилось, що собака перегриз повідець і втік. Проте Вася не хоче брати на себе відповідальність за поганий догляд за собакою і вважає, що винен собака, оскільки не послухався хазяїна.

Завдання:

1. Нарисуйте діаграму відповідальності з погляду Василя.
2. Нарисуйте діаграму відповідальності, уявивши себе на місці Василя.

Запитання:

Що можна було зробити інакше, щоб собака не втік?

Як можна було збільшити частку відповідальності хлопчика в конкретній ситуації?

Після того, як діти дали відповіді, слід спрямувати обговорення так, щоб учасники заняття самі знайшли варіанти, адекватні високому ступеню відповідальності.

Варіанти відповідей: спочатку вигуляти собаку, потім грати, прив'язавши його недалеко, щоб він бачив хазяїна; вигуляти собаку і відвести додому; попросити сестру погуляти із собакою, натомість взяти на себе її хатні обов'язки; відмовитися від пропозиції грати у футбол, тому що треба погуляти із собакою тощо.

Опитувальник визначення ступеня ризику насильства над жінкою

Запропонуйте потерпілій, відповідаючи на запропоновані запитання щодо її чоловіка, обрати одну з відповідей: "Ніколи", "Іноді", "Часто".

	Ніколи	Іноді	Часто
ПСИХОЛОГІЧНЕ НАСИЛЬСТВО			
Застосування погроз			
Погрожував знищити майно жінки			
Погрожував поширити інформацію, якої жінка соромиться			
Погрожував відібрати в неї дітей			
Погрожував фізичним/сексуальним насильством			
Погрожував вбити її			
Погрожував завдати шкоди близьким для жінки людям			
Погрожував насильством проти дітей			
Погрожував завдати шкоди собі (напр. самогубством), якщо жінка не підкориться			
Залякування			
Кричав на жінку			
Залякував її певними діями, жестами чи поглядами			
Розбивав, трошив цінні речі чи викидав особисті речі жінки			
Купував зброю чи показував зброю жінці з метою погрози			
Підіймав руку чи інші речі з метою налякати жінку наміром ударити її			
Навмисно вів небезпечно машину, коли в ній була жінка			
Розповідав жінці про те, як жорстоко він може поводитися (або як поведився) з іншими людьми			
Жорстоко поведився на очах у жінки з іншими людьми, щоб це було для неї "прикладом"			
Розповідав жінці, як би він хотів її побити			
Стежив за жінкою вдома й на роботі			
Залякував жінку по телефону			

Продовження опитувальника

	Ніколи	Іноді	Часто
Зробив так, що друзі й родичі жінки бояться з нею контактувати			
Попереджав жінку, щоб вона нікому не розповідала про насильство			
Казав, що може побити жінку, якщо вона не слухатиметься його			
Ізоляція			
Перешкоджав контактам жінки з її родиною чи друзями			
Чинив перепони тому, щоб жінка працювала			
Втручався у стосунки жінки з іншими людьми			
Налаштовував друзів проти жінки			
Виказував їй свої ревнощі та переслідував її			
Забирав у жінки гроші чи речі, щоб вона не могла піти з дому			
Контролював час із метою визначити, скільки жінка не була вдома			
Емоційне насильство, приниження			
Казав жінці, що вона божевільна			
Давав жінці образливі прізвиська			
Позбавляв жінку впевненості у собі			
Його поведінка є непередбачуваною, а настрої часто змінюється			
Казав, що певні реакції або почуття жінки ненормальні			
Ганьбив жінку за те, як вона виховує дітей і/або те, як вона веде домашнє господарство			
Перестав виявляти свою любов до жінки			
Казав, що поводить з нею жорстоко, тому що любить її			
Робив негативні зауваження щодо її зовнішності чи здібностей			
Звинувачував її в тому, що вона знехтувала гідність родини			
Насміхається над жінкою та/або принижує її у присутності інших			
Не пускав жінку додому чи виганяв її			
Примушував її робити те, чого вона соромиться			

Продовження опитувальника

	Ніколи	Іноді	Часто
Вияв чоловічої переваги			
Поводився із жінкою як із людиною, гіршою за себе, або як із прислугою			
Вимагав, щоб вона його слухалася			
Приймав рішення за жінку			
Відмовлявся виконувати будь-яку хатню роботу або доглядати дітей			
Давав зрозуміти жінці, що жінки не гідні такої самої поваги, як чоловіки			
Запроваджував суворі правила щодо ролі чоловіка й жінки			
Наполягав на тому, що чоловік має право мати сексуальний контакт із ким хоче			
ЕКОНОМІЧНЕ НАСИЛЬСТВО			
Економічне насильство / контроль над ресурсами			
Чинив перепони освіті чи працевлаштуванню жінки			
Забирав у неї гроші або відмовлявся надавати їй інформацію про доходи сім'ї			
Вимагав звітності за купівлю абсолютно всіх товарів			
Не підтримував її професійне зростання			
Використовував підкуп за її поступливість (винагорода за поступливість)			
Позбавляв їжі, одягу та іншого необхідного майна			
ФІЗИЧНЕ НАСИЛЬСТВО			
Жбурляв у жінку якісь предмети			
Штовхав її до стіни			
Бив жінку			
Гасив об жінку недопалки			
Чинив напад на жінку зі зброєю			
Душив жінку			
Зв'язував її руки			
Тримав силоміць і не давав піти			
Занурював її голову під воду			

Закінчення опитувальника

	Ніколи	Іноді	Часто
Струшував її, тримаючи за плечі			
Бив її головою об стіну			
СЕКСУАЛЬНЕ НАСИЛЬСТВО			
Змушував жінку займатися сексом			
Примушував жінку займатися такими різновидами сексу, яких вона не бажала			
Займався із жінкою сексом, коли вона перебувала у стані алкогольного сп'яніння або під дією наркотиків, унаслідок чого була не в змозі відмовитися			
Змушував жінку завагітніти			
Змушував чи забороняв робити жінці аборт			
Негативно відгукувався про її тіло чи сексуальну поведінку			
Наполягав на тому, щоб жінка змінила своє тіло заради нього			
Вимагав носити специфічний одяг			
Ставився до жінки лише як до сексуального об'єкта			
Не приділяв увагу тому, щоб секс приносив жінці задоволення			
Мав сексуальні контакти з іншими жінками для її приниження			
Бажав, щоб жінка займалася із ним сексом після фізичного насильства			

Чи стали частішими та наполегливішими зазначені вище дії?
("Так"/"Ні")

Якщо так, то що саме?

**Опитувальник
визначення співузалежнення (коалкоголізму)**

		Відповідь ("Так" / "Ні")
1	Чи ви непокоїлися щодо кількості спиртного, що випите вашим чоловіком?	
2	Чи є у вашій сім'ї фінансові проблеми, пов'язані з пияцтвом чоловіка?	
3	Чи брехали ви колись задля того, аби приховати пияцтво чоловіка?	
4	Чи думаєте ви, що для вашого чоловіка пияцтво значить більше, ніж ви самі?	
5	Чи вважаєте ви, що в пияцтві вашого чоловіка винне його оточення (друзі, співробітники, родичі)?	
6	Чи запізнявся ваш чоловік додому через пияцтво?	
7	Чи погрожували ви коли-небудь розлученням своєму чоловікові, якщо він не припинить зловживати спиртним?	
8	Чи намагаєтесь ви вловити запах спиртного при пізньому поверненні вашого чоловіка додому?	
9	Чи доводилося вам уникати суперечок із чоловіком через побоювання викликати в нього бажання випити, щоб "розрядитися" після сварки?	
10	Чи бувало вам соромно через непомірне пияцтво вашого чоловіка?	
11	Чи не здається вам, що пияцтво вашого чоловіка псує ваше сімейне життя?	
12	Чи бували випадки, коли ви хотіли викликати поліцію, щоб ті "привели до тями" п'яного чоловіка?	
13	Чи доводилося вам шукати вдома заховані спиртні напої?	
14	Чи думаєте ви, що якщо чоловік вас кохає, то він питиме менше?	
15	Чи доводилось вам відмовлятися від запрошення до гостей через страх, що ваш чоловік нап'ється?	

Закінчення опитувальника

		Відповідь ("Так" / "Ні")
16	Чи є у вас почуття провини через те, що ви не можете контролювати пияцтво вашого чоловіка?	
17	Чи вважаєте ви, що проблем у сім'ї не буде, якщо ваш чоловік припинить зловживати спиртним?	
18	Чи погрожували ви коли-небудь самогубством своєму чоловікові через його пияцтво?	
19	Чи траплялося, щоб ви зривали злість на комусь іншому, тому що були засмучені через пияцтво чоловіка?	
20	Чи викликали у вас колись роздратування такі слова чоловіка: "пробач мені, це останній раз" або "я кохаю тебе, не будемо сваритися"?	
21	Чи бувало так, що чоловік обіцяв не пити, але протримався лише кілька днів?	
22	Чи дратує вашого чоловіка, коли ви чи інші близькі йому люди (друзі, родичі) говорять про те, що йому слід пити менше?	
23	Чи бувало так, що для того, щоб прийти до тями вранці, вашому чоловіку було потрібно похмелитися?	
24	Чи були у вашого чоловіка неприємності, пов'язані з пияцтвом?	
25	Чи пробує ваш чоловік здобути додаткову порцію спиртного на вечірках, пікніках, тому що йому здається, що він випив мало?	
26	Чи вважає ваш чоловік, що він може кинути пити, як тільки цього захоче?	
27	Чи траплялось вашому чоловікові прогулювати роботу через те, що він був п'яний або не міг піднятися з похмілля?	
28	Чи був хоча б один випадок, коли ваш чоловік не міг згадати про те, що з ним було у стані сп'яніння?	
29	Чи є у вас таке почуття, що ніхто на світі не розуміє ваших труднощів із чоловіком?	
30	Згадуючи своє дитинство, чи ви можете сказати, що принаймні один із ваших батьків зловживав алкоголем?	

Обробка інформації

1. Якщо ви відповіли "так" хоча б на п'ять запитань, то вам варто серйозно задуматися про проблему алкоголю у вашій сім'ї. Спробуйте протягом місяця записувати, скільки разів чоловік уживав спиртне та у якій кількості (хоча б приблизно, судячи про ступінь сп'яніння). Проаналізувавши ці записи, можна визначити, на якому рівні вживання алкоголю перебуває ваш чоловік.
2. Якщо ви відповіли "так" на 10–15 запитань, то ви і ваша сім'я узалежнені від алкоголю.
3. Якщо ви відповіли "так" на 25 запитань і більше, то без медичної та психологічної допомоги ваша сім'я навряд чи зможе позбавитися узалежнення від алкоголю й коалкоголізму.

З М І С Т

ПЕРЕДМОВА	3
------------------------	----------

Розділ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	9
1.1. Соціальна реабілітація у контексті соціальної роботи.....	9
1.2. Етичні засади соціальної реабілітації	15
1.3. Сучасні підходи до соціальної реабілітації: зміна парадигми.....	25

Розділ 2

ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ЕКСКЛЮЗІЇ.....	38
2.1. Співвідношення понять стресу, травматичного та посттравматичного стресового розладу.....	38
2.2. Реабілітаційні заходи в ситуаціях травмувальних подій	54
2.3. Дитячі психологічні травми та їх вплив на розвиток особистості.....	62

Розділ 3

ЗАВДАННЯ ТА ІНСТРУМЕНТИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	72
3.1. Принципи, завдання, різновиди і технології соціальної реабілітації	72
3.2. Групова робота як метод соціальної реабілітації	88
3.3. Психотерапевтичний простір як технологія соціальної реабілітації	105

Розділ 4

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІДПОВІДНО ДО ЦІЛЬОВИХ ГРУП КЛІЄНТІВ.....	116
4.1. Соціальна реабілітація мотивованих клієнтів.....	116
4.2. Соціальна реабілітація сімей у складних життєвих обставинах.....	138
4.3. Соціальна реабілітація дітей з девіантною поведінкою	144

Розділ 5

СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НЕВМОТИВОВАНИХ

КЛІЄНТІВ..... 159

5.1. Соціальна реабілітація осіб з адиктивною поведінкою 159

5.2. Соціальна реабілітація дітей у сім'ї,
де є проблема адикції..... 168

5.3. Соціальна реабілітація постраждалих від насильства
в сім'ї..... 185

Розділ 6

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ФОРМИ СОЦІАЛЬНО-

РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРАКТИК 202

6.1. Організаційні форми соціальної реабілітації..... 202

6.2. Інституційні форми соціальної реабілітації..... 210

6.3. Соціальна реабілітація засуджених осіб у практиці
служби пробачії..... 224

Розділ 7

ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ІЗ СОЦІАЛЬНОЇ

РЕАБІЛІТАЦІЇ..... 230

7.1. Підготовка фахівців із соціальної реабілітації
у контексті стратегії розвитку вищої освіти в Україні
та за кордоном 230

7.2. Професійні компетенції фахівців із соціальної
реабілітації 243

7.3. Особистісні риси фахівця, який працює у сфері
соціальної реабілітації 250

ГЛОСАРІЙ..... 259

ДОДАТКИ..... 275

Навчальне видання

МАКСИМОВА Наталія Юріївна

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Навчальний посібник

Редактор *Н. М. Земляна*
Технічний редактор *Ю. О. Куценко*

Оригінал-макет виготовлено ВПЦ "Київський університет"



Формат 60x84^{1/16}. Ум. друк. арк. 16,7. Наклад 100. Зам. № 222-10489.
Гарнітура Times New Roman. Папір офсетний. Друк офсетний. Вид. № Пс13.
Підписано до друку 23.11.22

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

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 1103 від 31.10.02