



**ІНСТИТУТ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ  
ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ ЗАЙНЯТОСТІ УКРАЇНИ**

**ЛУКАШЕВИЧ М.П., СЕМИГІНА Т.В., ЧЕРЕПАНОВА Г.Л.**

**СОЦІАЛЬНА РОБОТА  
(ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА)**

**ІНСТИТУТ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ  
ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ ЗАЙНЯТОСТІ УКРАЇНИ**

**ЛУКАШЕВИЧ М.П.  
СЕМИГІНА Т.В.**

**СОЦІАЛЬНА РОБОТА**  
**(ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА)**

**Київ 2007**

**УДК 364**  
**ББК 60.55**  
**Л84**

**Рецензенти:**

**Киричук О.В.** – академік АПН України, доктор пед. наук, професор

**Козубовська І.В.** – доктор пед. наук, професор

**Мигович І.І.** – доктор філос. наук, професор

Рекомендовано до друку Вченою Радою Інституту підготовки кадрів державної служби зайнятості України, протокол № 3 від 27 квітня 2007 р.

**Лукашевич М.П., Семигіна Т.В.**

**Л84**      **Соціальна робота (теорія і практика):** Навчальний посібник – К.: ІПК ДСЗУ, 2007. – 341 с.

ISBN 978-966-8640-23-0

У виданні розкрито сутність поняття “соціальна робота” як галузі науки, навчальної дисципліни та фахової діяльності. Розглянуто основні типи теорій та моделей соціальної роботи, еволюція теорії та практики соціальної роботи в Україні та за рубежом. Практична соціальна робота викладена відповідно до особливостей різних груп клієнтів та завдань в роботі з ними.

Розраховано на студентів та слухачів системи підготовки та перепідготовки фахівців за спеціальністю “Соціальна робота”.

**УДК 364**  
**ББК 60.55**

ISBN 978-966-8640-23-0

© М.П.Лукашевич, Т.В.Семигіна, Г.Л., 2007  
© Інститут підготовки кадрів  
державної служби зайнятості України  
(ІПК ДСЗУ), 2007

<b>Розділ 1. Соціальна робота як взаємозв'язок теорії і практики: загальні положення.....</b>	<b>7</b>
Тема 1.1. Соціальна робота як єдність теоретичних знань, практичної та навчальної діяльності.....	7
1.1.1. Сутність поняття „соціальна робота”.....	7
1.1.2. Соціальна робота як галузь науки і навчальна дисципліна.....	13
1.1.3. Сутність соціальної роботи як фахової діяльності.....	20
Тема 1.2. Еволюція суспільної допомоги і соціальна робота.....	28
1.2.1. Суспільна допомога як підґрунтя соціальної роботи.....	28
1.2.2. Зародження професійної соціальної роботи за кордоном.....	42
1.2.3. Історія фахової соціальної роботи в Україні.....	46
Тема 1.3. Відносини між соціальними працівниками і клієнтами.....	53
1.3.1. Професійні вимоги до соціального працівника.....	53
1.3.2. Професійні ролі соціальних працівників.....	58
1.3.3. Клієнти соціальної роботи.....	67
<b>Розділ 2. Теорії соціальної роботи.....</b>	<b>78</b>
Тема 2.1. Класифікація теоретичних моделей соціальної роботи.....	78
2.1.1. Взаємозв'язок теорії та практики соціальної роботи.....	78
2.1.2. Теоретичні моделі соціальної роботи.....	79
2.1.3. Методи і технології соціальної роботи.....	83
Тема 2.2. Психологічні моделі соціальної роботи.....	92
2.2.1. Психодинамічна модель соціальної роботи.....	92
2.2.2. Когнітивно-біхевіористська модель соціальної роботи.....	98
2.2.3. Гуманістично-екзистенційна модель.....	106
Тема 2.3. Соціологічні моделі соціальної роботи.....	116
2.3.1. Системно-екологічна модель соціальної роботи.....	116
2.3.2. Соціально-радикальна модель.....	124
Тема 2.4. Комплексні моделі соціальної роботи.....	139
2.4.1. Кризове втручання.....	139
2.4.2. Зосереджена на завданні модель.....	148
2.4.3. Сімейна терапія.....	152
2.4.4. Психосоціальна терапія.....	158
2.4.5. Соціально-педагогічна модель соціальної роботи.....	160
<b>Розділ 3. Практична соціальна робота.....</b>	<b>169</b>

Тема 3.1. Соціальна робота з людьми похилого віку.....	169
3.1.1. Уявлення про старість і старіння.....	169
3.1.2. Загальні підходи та принципи соціальної роботи.....	172
3.1.3. Методи і технології соціальної роботи.....	174
3.1.4. Організація надання допомоги.....	178
3.1.5. Приклади діяльності соціальних служб.....	182
Тема 3.2. Соціальна робота з людьми, що мають функціональні обмеження.....	186
3.2.1. Сучасні уявлення про інвалідність.....	186
3.2.2. Загальні підходи та принципи соціальної роботи.....	190
3.2.3. Методи і технології соціальної роботи.....	192
3.2.4. Організація надання допомоги.....	199
3.2.5. Приклади діяльності соціальних служб.....	201
Тема 3.3. Соціальна робота з людьми, які мають психічні розлади.....	208
3.3.1. Розлади психіки та їх соціальні наслідки.....	208
3.3.2. Загальні підходи та принципи соціальної роботи.....	210
3.3.3. Методи і технології соціальної роботи.....	211
3.3.4. Організація надання допомоги.....	215
3.3.5. Приклади діяльності соціальних служб.....	219
Тема 3.4. Соціальна робота з людьми, залежними від психоактивних речовин.....	225
3.4.1. Вживання наркотиків як соціальна проблема.....	225
3.4.2. Загальні підходи та принципи соціальної роботи.....	229
3.4.3. Методи та технології соціальної роботи.....	231
3.4.4. Організація надання допомоги споживачам ін'єкційних наркотиків.....	240
3.4.5. Приклади діяльності соціальних служб.....	242
Тема 3.5. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом.....	246
3.5.1. Перебіг ВІЛ/СНІДу і його соціальні наслідки.....	246
3.5.2. Загальні засади та принципи соціальної роботи.....	250
3.5.3. Методи та технології соціальної роботи.....	254
3.5.4. Організація надання допомоги.....	259
3.5.5. Приклади діяльності соціальних служб.....	262
Тема 3.6. Соціальна робота з проблемними сім'ями.....	266
3.6.1. Дисфункціональні (неблагополучні) сім'ї.....	266
3.6.2. Загальні підходи та принципи соціальної роботи.....	271
3.6.3. Методи і технології соціальної роботи.....	273

3.6.4. Організація надання допомоги.....	281
3.6.5. Приклади діяльності соціальних служб.....	284
Тема 3.7. Соціальна робота з людьми, що залишилися без піклування батьків.....	288
3.7.1. Сирітство та бездоглядність як соціальні явища.....	288
3.7.2. Загальні підходи та принципи соціальної роботи.....	289
3.7.3. Методи і технології соціальної роботи.....	292
3.7.4. Організація надання допомоги.....	297
3.7.5. Приклади діяльності соціальних служб.....	303
Тема 3.8. Соціальна робота з людьми, які зазнали насильства в сім'ї.....	308
3.8.1. Насильство в сім'ї як соціальна проблема.....	308
3.8.2. Загальні підходи і принципи соціальної роботи.....	311
3.8.3. Методи та технології соціальної роботи.....	314
3.8.4. Організація надання послуг.....	320
3.8.5. Приклади діяльності соціальних служб.....	322
Тема 3.9. Соціальна робота з безробітними людьми.....	327
3.9.1. Безробіття як соціальне явище.....	327
3.9.2. Загальні підходи та принципи роботи.....	331
3.9.3. Методи і технології соціальної роботи.....	333
3.9.4. Організація надання допомоги.....	335
3.9.5. Приклади діяльності соціальних служб.....	338

## **РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНА РОБОТА ЯК ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТЕОРІЇ І**

# ПРАКТИКИ: ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

## Тема 1.1. Соціальна робота як єдність теоретичних знань, практичної та навчальної діяльності

### *1.1.1. Сутність поняття "соціальна робота"*

Поняття "соціальна робота" увійшло в соціально-гуманітарну літературу наприкінці XIX ст. у відповідь на соціальну потребу суспільства у змістовому відображенні *практичної діяльності* людей, які допомагали бідним. Започаткування в 90-х роках XIX ст. у Великобританії лекційної роботи з роз'яснення та поширення знань щодо благодійної діяльності та відкриття в 1899 р. першого в світі Інституту підготовки соціальних працівників в Амстердамі (Голландія) зумовили появу відповідних навчальних курсів із соціальної роботи. У результаті було започатковано розвиток соціальної роботи як *навчальної дисципліни*. Водночас у США вийшла друком книга М. Річмонд "Дружній візит до бідняків: керівництво для тих, хто працює у благодійних організаціях", де, чи не вперше, було описано науково обґрунтовані методи соціальної роботи. Отже, соціальна робота стає об'єктом наукового осмислення, чим започатковується поява її теорії і становлення як *напрямку наукових досліджень*.

Зазначені аспекти змісту поняття "соціальна робота" збереглися і донині. У сучасній науковій літературі це поняття розглядають у трьох основних значеннях:

- *практична професійна діяльність* із подання допомоги та підтримки людям, які опинились у скрутній ситуації;
- *навчальна дисципліна* з професійної підготовки фахівців із соціальної допомоги та підтримки населення;
- *галузь наукових знань*, яка ґрунтується на сукупності концепцій і теорій, досліджує принципи і закономірності, моделі та методи соціальної роботи, має об'єкт і предмет дослідження, систему наукових понять і категорій, сукупність методів дослідження.

Саме до компетенції науки про соціальну роботу належить розробка системи наукових категорій і понять, які становлять теоретичну базу соціальної роботи. З їх допомогою розкривається зміст основних принципів соціальної роботи, ведеться пошук тенденцій і закономірностей її практичної реалізації, узагальнюється та аналізується досвід соціальної роботи, ефективність наявних і пошук інноваційних її форм, дієвість засобів та методів здійснення.

Соціальна робота - наука ще відносно молода, і тому більшість зазначених проблем

перебувають у стані незавершеного дослідження, триває робота з уточнення і коригування понятійно-категоріального апарату, точаться наукові дискусії щодо термінології, розуміння змісту й структури соціальної роботи, доцільності використання тих чи інших методів соціальної роботи.

Зазначене стосується, зокрема, і розуміння базового поняття "соціальна робота", дискусії про зміст якого тривають у науковій та навчальній літературі (йдеться про соціальну роботу як вид практичної професійної діяльності, тобто розуміння її у першому з наведених значень).

Порівняльний аналіз визначень поняття "соціальна робота", які зустрічаються у вітчизняній і зарубіжній науковій літературі, свідчить про відсутність узагальненого його розуміння. Єдине, в чому збігаються погляди різних авторів, - це визнання соціальної роботи як різновиду діяльності. При цьому більшість науковців вважають, що це має бути професійна, практична діяльність. Щодо інших характеристик цієї діяльності, зокрема мети, суб'єкта, об'єкта соціальної роботи, думки різняться.

Одні науковці переконані, що мета соціальної роботи полягає в оптимізації втілення суб'єктивної ролі людей в усіх сферах життя суспільства в процесі життєзабезпечення і діяльності особистості, сім'ї, соціальних та інших груп і спільнот у суспільстві. При цьому відбувається "керування обставинами", „організація цих обставин в оптимальну систему, що забезпечує суспільству необхідний виховний ефект". Як бачимо, у наведених визначеннях соціальна робота має оптимізувати обставини здійснення суб'єктивної ролі людей в усіх сферах діяльності, тобто створювати необхідні умови для освоєння і виконання соціальних ролей у суспільстві. На наш погляд, у такому надто широкому розумінні соціальна робота багато в чому перебирає на себе функції таких соціальних інститутів, як освіта, виховання, культура, політика, сім'я тощо, які дають створювати умови для успішної соціалізації індивідів у всіх сферах суспільства. Хоча слід зауважити, що ідея про зв'язок (і обумовленість) соціальної роботи з процесом соціалізації людини не підлягає сумніву і заслуговує на подальшу розробку.

Інші науковці під соціальною роботою розуміють своєрідний "інститут допомоги в тій чи тій сфері". Вони вважають, що соціальна робота має допомагати у розв'язанні "проблем, що відображають суспільне чи індивідуальне неблагополуччя", допомагати "в реалізації соціальних прав громадян і компенсації фізичних, психічних, інтелектуальних, соціальних та інших недоліків, що заважають їхньому повноцінному функціонуванню". У наведених визначеннях, хоч і неявне, відчувається процес соціалізації. Негарзди й труднощі, в тій чи іншій сфері суспільства, що заважають успішній соціалізації (а вона -



запорука ефективного функціонування), мають бути усунені за допомогою соціальної роботи.

Чимало дослідників розуміють соціальну роботу як допомогу. Так, австрійська академія соціальної роботи пропонує розглядати соціальну роботу як специфічну форму допомоги людям із боку суспільства у задоволенні їхніх соціальних потреб і розв'язанні конфліктів, зумовлених індивідуальними або соціальними причинами статей тощо). У процесі спілкування, взаємодії у складі тієї чи тієї групи формуються соціальні якості кожної людини, що визначають і характеризують її поведінку.

По-третє, поняття "соціальне" відображає відносини нерівності, які існують між людьми. Суспільство поділяється на класи, верстви, групи, що різняться характером власності, мірою багатства, рівнем освіти, кваліфікацією, обсягом влади, престижем тощо. Та й індивіди надто різні - талановиті й бездарні, працездатні й непрацездатні, активні й пасивні, вольові й безвільні тощо.

По-четверте, термін "соціальне" охоплює сукупність проблем людського життя - відносини між індивідами та спільнотами, стан докільця, умови побуту, праці, відпочинку, забезпечення матеріальними та духовними благами, специфічні проблеми молоді, жінок, дітей, людей похилого віку та ін. Соціальне немовби входить в інші відносини, однак не зливається з ними, не розчиняється в них. Тому говорять про соціально-економічні, соціально-політичні, соціокультурні відносини, процеси, проблеми. Соціальні процеси можуть стосуватися всього людства, окремого суспільства, його конкретних сфер, аспектів, структурних частин (класів, верств, організацій, малих груп тощо).

Отже, *соціальне* — це особливий аспект суспільних відносин, що виникає у процесі спільної діяльності індивідів і соціальних спільностей у конкретно-історичних умовах, проявляється у їх ставленні одне до одного, до свого становища в суспільстві, до явищ і процесів суспільного життя.

Соціальне явище або процес виникає тоді, коли поведінка одного індивіда підпадає під вплив іншого або групи індивідів (спільності) незалежно від того, чи присутні фізичний індивід або спільність при виникненні цього явища або процесу. Індивіди саме у процесі взаємодії з урахуванням очікувань, дотримуючись визнаних норм і правил, впливають один на одного, сприяють інтеграції (засвоєнню) тих чи тих якостей суспільних відносин. Іншими словами, соціальне виникає у процесі взаємодії людей, детермінується відмінностями їх місця і ролі в конкретних структурах суспільства, проявляється в різному ставленні індивідів і груп (спільностей) до явищ та процесів суспільного життя.

Соціальна дійсність різноманітна. Вчинки людей, їх співробітництво і конфлікти, переміщення, творчість, спілкування, переживання, інші прояви поведінки, а також діяльність державних закладів, функціонування економіки - усе це своєрідний, пронизаний невидимою енергією і численними лініями вир людського буття, жива соціальна реальність, в якій головна діюча сила -Людина. У цьому вирі кожна людина має свою нішу, місце, покликання, ролі, і функції, права і обов'язки, стимули та обмеження. Основне призначення соціальної роботи полягає в тому, щоб допомогти людям адаптуватися до навколишніх умов, структур, механізмів, домогтися повноцінного життя в суспільстві.

У цьому аспекті соціальна робота спирається на споріднену поняттю "соціальне" категорію "соціалізація", яку дедалі активніше використовують як наукову категорію представники широкого спектра наук - філософії, соціології, психології, політології, педагогіки та ін. В американській та французькій соціології це поняття увійшло в обіг наприкінці XIX ст. і пов'язане з іменами американського соціолога Ф. Гіддінгса (1855-1931) і французького соціолога Г.Тарда (1843-1904).

Г. Тард порівнював суспільство з мозком, а основним його елементом вважав свідомість окремої людини. Засвоєння індивідуальною свідомістю вірувань, переконань, розуміння бажань та намірів інших і взаємодія на цьому підґрунті породжують суспільство, що є основою соціального життя. У центрі життя - ставлення одного конкретного "Я" до інших "Я", їхній постійний (хоча часто непомітний) взаємовплив. Основним механізмом такої соціалізації вважалося наслідування, що регулюється суспільством через соціальні інститути - систему освіти й виховання, сім'ю, громадську думку тощо. У такий спосіб суспільство підтримує своє існування як цілісність, забезпечує розуміння індивідами своїх соціальних функцій і створює умови для успішної їх реалізації.

Якщо створені умови забезпечують ефективну соціалізацію і особистісний потенціал людини відповідає нормі, проблем із соціалізацією практично не виникає. Вона відбувається без особливих відхилень. Проте коли одна з груп факторів - суспільні умови соціалізації або стан фізичного, психічного чи духовного здоров'я людини - відхиляється від необхідного для ефективної соціалізації рівня, то соціалізація відбувається з ускладненнями. Отже, людина, і навіть окремі соціальні групи, потрапляє при цьому у складні життєві ситуації і потребує соціальної допомоги від держави, її інститутів або інших суб'єктів специфічної діяльності, яка називається соціальною роботою.

Спробуємо також визначити, що таке соціальна робота, відштовхнувшись від деяких

міфів, сформованих у нашому суспільстві щодо цієї професії. Інколи можна почути твердження, мовляв, соціальна робота – це лише сучасний варіант благодійництва. Але якщо проаналізувати суть благодійництва, то стає очевидною його відмінність від соціальної роботи. Так, важливою рушійною силою для людей, які займаються благодійництвом, були й є їхні почуття морального обов'язку та бажання робити добро. Як правило, такі почуття та бажання людини ґрунтуються на релігійних переконаннях, наприклад, віра у безсмертя душі. Таким чином, в основі благодійництва лежать прагнення та переконання тих, хто допомагає. Сучасні соціальні працівники бачать своє завдання в тому, щоб людина, якій допомагають, змогла внаслідок проведеної роботи вирішувати свої проблеми самостійно, що вважається основним критерієм професійного успіху. Важливо також відзначити, що в соціальній роботі, на відміну від благодійництва, центральною фігурою є клієнт, а метою – звільнення його від потреби у соціальних працівниках. Найголовніша відмінність соціальної роботи від благодійності полягає у тому, що **діяльність соціальних працівників визначають як професійну**, а от “професійним благодійником” бути не можна.

Ще один міф, який потребує уваги: соціальна робота – це лише виплата матеріальної допомоги, пенсій, субсидій тощо. Таке розуміння зводить все до грошових виплат і знеособлює процес соціальної роботи, адже у кращому випадку клієнт може отримати гроші через рахунок у банку. Безумовно, надання матеріальної підтримки становить важливу частину соціальної роботи, але не завжди вирішальну. Тут варто згадати ієрархію потреб, запропоновану американським психологом Абрахамом Маслоу (рис.1), яку прийнято зображувати у вигляді піраміди, в основі якої лежать базові потреби, як то: голод, спрага тощо. Далі йдуть потреби у безпеці, приналежності та любові, самоповазі та самоактуалізації. В основі цієї схеми лежить припущення про те, що потреби, які домінують і тому розташовані автором ієрархії в основі піраміди, повинні бути більш-менш задоволені, аби людина змогла усвідомити наявність інших потреб і мати мотивацію їх задовольнити. Таким чином, фізіологічні потреби повинні бути достатньо задоволені, щоб виникли потреби в безпеці; фізіологічні потреби та потреби в безпеці і захисті повинні бути задоволені, щоб виникли і були задоволені потреби в приналежності та любові і т. д.

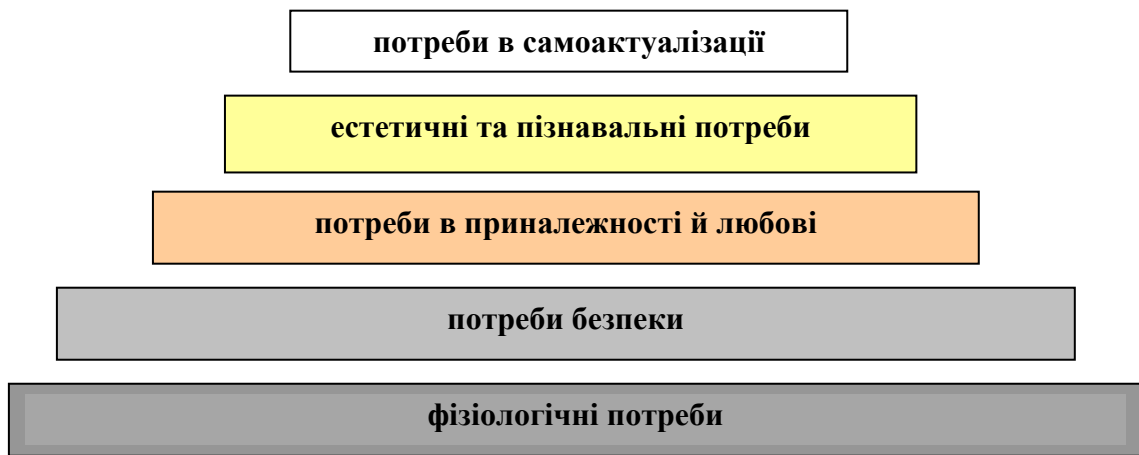


Рис. 1. Піраміда потреб людини за А. Маслоу

Якщо б метою соціальної роботи була лише матеріальна допомога, то соціальні працівники сприяли б задоволенню лише базових потреб. Однак соціальна робота як професія має своєю метою підвищення рівня соціального функціонування індивідів і, таким чином, сприяє задоволенню потреб вищих рівнів через надання соціальних послуг різним групам клієнтів

Отже, під *соціальною роботою* надалі розумітимемо професійну діяльність соціальних інституцій, державних і недержавних організацій, груп і окремих індивідів із надання допомоги у здійсненні успішної соціалізації особам чи групам людей у випадках, коли за відсутності належних умов у суспільстві або особистих вад їх соціалізація утруднюється, призупиняється або відбувається у зворотному напрямі (десоціалізація).

Основна мета соціальної роботи полягає врегулюванні правових і економічних відносин людини із суспільством, наданні їй допомоги та підтримки у вирішенні проблем, гідному самоствердженні й повноцінному житті.

Насамкінець звернемо увагу на аспект розуміння соціальної роботи, пов'язаний із досягненням і забезпеченням соціальної справедливості. Соціальна робота стає самостійним феноменом сучасної цивілізації, що відображає діалектику поєднання загальнолюдських цінностей і унікальності особи. Утвердження перших неможливе, якщо кожен не реалізує і не розкриє власний потенціал, індивідуальну самобутність на основі вільного вибору, досягнутого рівня культури, національної самосвідомості, політичної та духовної свободи. Одним із критеріїв цивілізованості суспільства, передумовою його поступального розвитку є *соціальна справедливість*. Цим загальнолюдським ідеалом здавна керуються прогресивні кола суспільства — від античних часів до наших днів. І нині цей критерій не втрачає актуальності, бо навіть у найрозвиненіших країнах світу мільйони людей незадоволені життям, почуваються ображеними, домагаються

задоволення своїх прав і свобод.

Соціальна справедливість означає створення для всіх рівних реальних можливостей для вияву і реалізації своїх інтелектуальних творчих сил (хоча всі вони різні), гарантування суспільством із цією метою необхідних соціальних умов. Єдиної моделі втілення цього ідеалу не існує, а отже, неможливе одновимірне тлумачення соціальної роботи як засобу його реалізації.

Соціальна робота – відносно нова практична діяльність і академічна дисципліна в Україні. Як самостійний вид діяльності вона утвердилася в нашій країні нещодавно – у середині 1990-х років.

### **1.1.2. Соціальна робота як галузь науки і навчальна дисципліна**

У центрі уваги соціальної роботи перебуває людина, який стає клієнтом соціального працівника і вимагає науково обґрунтованого ставлення до розв'язання своїх проблем.

Соціальна робота передбачає вивчення вітальних (життєзабезпечуючих) і вищих потреб суб'єкта (особи, сім'ї, колективу, групи, громади та ін.), а також виявлення потенціалу соціальної сфери, який міг би задовольнити ці потреби згідно з науково обґрунтованими нормативами, тобто охоплює дослідницький (пошуковий), діагностичний і творчий (продуктивний) аспекти. Вихідною базою для збирання й аналізу різного за змістом емпіричного матеріалу, різноманітних спостережень, з'ясування суті конкретних соціальних процесів, ситуацій, фактів суспільного життя є практика. Вона дає змогу акумулювати, осмислити досвід соціальної роботи, теоретично її узагальнити і обґрунтувати, тобто надати їй форму системи наукових знань.

У цій системі розрізняються два основні розділи: *теоретично-методичний, фундаментальний* (методологія, категоріальний апарат, принципи, закономірності) і *прикладний* - галузь практичного застосування теоретичного й емпіричного знання, наукового забезпечення розв'язання конкретних завдань, що постають перед соціальними працівниками. А ці завдання багатогранні й різноманітні. На низовому рівні організації суспільства (сім'я, мікрорайон, трудовий колектив, поселення) ця діяльність передбачає регулювання міжособистісних і групових відносин, соціальне обслуговування населення, коригування девіантної (відхильної) поведінки, консультування, психопрофілактику та інші напрями. На місцевому й регіональному рівнях соціальні працівники задіяні до соціального планування, впровадження інновацій у соціальній сфері тощо.

Статус соціальної роботи як науки підтверджує чітко окреслений предмет її досліджень.

*Предмет соціальної роботи як науки* — соціальні процеси і соціальні явища, що безпосередньо стосуються життєдіяльності особистості, конкретної соціальної групи, громади, а також їх зміни під впливом психолого-педагогічних, економічних та управлінських чинників.

До проблем соціальної роботи як науки належать розроблення категоріального апарату, різні аспекти організації професійної соціальної діяльності кадрів і служб, специфічні дослідження соціальної політики, соціальних процесів, осмислення місця особистості в суспільстві і відповідальності суспільства за її адекватний розвиток, вивчення і розроблення технологій (способів і методів практичної соціальної роботи з різними групами клієнтів).

*Об'єктом соціальної роботи як науки* є соціальні відносини, процес їхнього формування, взаємодія людей, їхня поведінка, ціннісні орієнтації, конкретні форми й способи подолання труднощів, соціальні проблеми тощо.

Так формується і функціонує *теорія соціальної роботи* – сукупність сформованих у процесі пізнавальної, практичної діяльності уявлень, концепцій, понять, які з різною мірою наукової відповідності відображають закони, закономірності, принципи, тенденції розвитку соціальної роботи, обґрунтовують моделі практики та техніки втручання.

За змістом соціальна робота є суспільно-гуманітарною наукою, за характером – інтегративною або міждисциплінарною. Адже вона спирається на досягнення та методи інших дисциплін – філософії, соціології, психології, педагогіки тощо.

Фундаментальною основою соціальної роботи як науки слугує філософія. Бо марно братися за розв'язання соціальних проблем без їх логічного осмислення, всебічної соціальної діагностики, що можливо лише на основі синтезу, аналізу та інших загально-наукових методів, які пропонує філософія.

Соціальна робота послуговується такими універсальними філософськими категоріями, як людина, соціум, свобода, гуманізм, конфлікт, соціальний час і простір, суспільна діяльність та ін. Вона також пов'язана з постійним аналізом, систематизацією емпіричних фактів, для узагальнення яких спирається на філософські ідеї щодо різних аспектів людського буття (сенса, способу життя, умови і механізми розвитку особистості, права людини, правова свідомість тощо), пізнання навколишньої дійсності, діалектичного взаємозв'язку різноманітних процесів і явищ. У своїй діяльності соціальні працівники спираються на філософське розуміння людини як унікальної, відкритої, інтенціональної (цілеспрямовано залученої до певної діяльності, до довілля), амбівалентної (яка може одночасно мати сильні протилежні почуття), здатної до самопізнання та саморозвитку.

Рушієм соціального розвитку людини є протиріччя між зростаючими потребами та реальними можливостями їх задоволення.

Важливим для соціальної роботи є розуміння того, що стабільні періоди розвитку чергуються з нестабільними, які наступають як перехідні етапи і несуть у собі можливості якісних перетворень особистості.

Соціальна робота також застосовує філософські принципи до аналізу соціальних груп, спільнот, соціальних інститутів, особистості тощо. До таких принципів належать:

1) *принцип детермінізму* (висвітлює причинну зумовленість соціальних явищ економічними й політичними чинниками, що визначають стан суспільних відносин, специфіку їх формування і прояву);

2) *принцип гносеологічного підходу* (орієнтує на ретельне вивчення і порівняння соціально-історичних особливостей процесів у суспільстві, допомагає з'ясувати їх специфіку, тенденції розвитку і закономірності);

3) *принцип особистісного підходу* (при вивченні соціальних процесів вимагає врахування ціннісних орієнтацій, думок, почуттів та потреб конкретної людини);

4) *принцип єдності свідомості і діяльності* (озброює соціальну роботу правильним розумінням сутності різновидів діяльності, до якої залучений клієнт, впливу рівня свідомості на неї, її форми та наслідки).

Крім філософії як методології наукового пізнання, як науки щодо найзагальніших законів розвитку природи, суспільства і людського мислення, важливими для соціальних працівників є такі філософські дисципліни, як етика, естетика, логіка, філософія права, філософія політики та ін. Наприклад, основні категорії етики (добро, зло, благо, обов'язок, відповідальність тощо) не тільки описують взаємини в групі або суспільстві, а й виражають ставлення особистості до себе та інших людей, зокрема відносини між соціальними працівниками і клієнтами. Соціальна робота більше, ніж інші професії, перебуває в межах морального вибору та етичної поведінки. Тому такі чинники регулювання людської поведінки, як суспільна мораль, індивідуальний моральний контроль, є важливими моральними регуляторами самої соціальної роботи. Окрім загальних вимог суспільної моралі, цей фах регулюється такими принципами професійної етики, як конфіденційність і толерантність. Водночас соціальна робота емпірично перевіряє філософські ідеї, вивчає й оцінює їх у реальному середовищі.

Незамінним засобом дослідження, здобуття і систематизації наукового знання, своєрідними "східцями" проникнення в сутність явищ і процесів є специфічні *категорії*, тобто загальні поняття, що відображають істотні властивості й особливості предмета

соціальної роботи.

Як і будь-яка наука, соціальна робота має специфічний *концептуально-категоріальний апарат* — сукупність понять про соціальні явища і процеси. Це згадуваний раніше термін "соціальне" і похідні від нього — *сфера, простір*, структури, відносини, практика, зв'язки, діяльність, проблеми *тощо*, які розкриває соціологія. Водночас існують специфічні категорії і поняття, які допомагають реалізувати творчий потенціал цієї науки. Так, американська "Енциклопедія соціальної роботи" вміщує понад 200 статей, багато з яких присвячено висвітленню сутності її вузлових термінів. Ось лише деякі з них, що пов'язані з базовою категорією: соціальні — відповідальність, відхилення, дискримінація, діагноз, забезпечення, захист, планування, проблеми, послуги, робота, спілкування, страхування, технології. Ця наука щодо власних завдань адаптувала поняття суміжних галузей теоретичного знання - агентство, асоціація, група, зайнятість, здоров'я, імунізація, клієнт, лідер, меншина, мобільність, натуралізація, норма, об'єкт, опіка, партнер, профілактика, репатріація, служба, субсидія, трансакт та ін.

Загалом теорія соціальної роботи має переважно прикладний характер. Вона не займається абстрактними пошуками, академізуванням, а вивчає живі соціальні факти, конкретний практичний досвід. Сукупність цих фактів є основою для наукового аналізу, узагальнень і висновків, дає змогу виявити й науково пояснити тенденції в розвитку досліджуваних подій і процесів, а отже, компетентне обґрунтувати управління однією з найскладніших галузей соціальної сфери.

Негативні прояви стихійності та невизначеності при зміні планових засад на ринкові механізми в економіці актуалізують пріоритетність регулюючої і гарантуючої функцій держави в забезпеченні соціальної захищеності громадян. Для реалізації цієї функції потрібні розгалужена структура соціальних служб і цілеспрямована професійна підготовка для них кадрів. Щоб бути кваліфікованим фахівцем у цій сфері, потрібні знання біології, валеології, теоретичної і прикладної соціології, права, педагогіки, психології тощо.

Будь-яка навчальна дисципліна є систематизованим внеском із навчальною метою основ відповідної науки. Це стосується і соціальної роботи. Між наукою і навчальною дисципліною є певні *відмінності*. Так, для теорії соціальної роботи головне полягає в пізнанні тієї галузі предметного простору, яка або зовсім не досліджена, або не досліджена достатньою мірою. Завдання навчальної дисципліни - донести нагромаджені наукою знання до студентів у найсприятливішій, доступнішій відповідно до рівня їхньої підготовки формі. При цьому враховуються нахили студентів, їхня майбутня



спеціалізація, місце професійної діяльності тощо.

Завдання навчального курсу виражається в його цільовій установці.. *Призначення курсу із соціальної роботи* полягає в тому, щоб студенти засвоїли знання теорії і методики цього виду професійної діяльності, набули практичних навичок здійснення соціальної роботи з тими групами клієнтів, котрі потребують підтримки і захисту, виховали у собі високоморальні, гуманістичні якості, необхідні спеціалістам цього профілю.

У процесі опанування професійних дисциплін майбутні соціальні працівники повинні оволодіти знаннями про:

- специфіку роботи в різному соціальному середовищі;
- передовий вітчизняний і зарубіжний досвід соціальної діяльності;
- основні психічні функції та їх фізіологічні механізми, співвідношення природних і соціальних факторів у становленні психіки, значення волі та емоцій, потреб і мотивів, несвідомих механізмів у поведінці людей;

- дані наукових досліджень стосовно особистості, її формування в процесі соціалізації, основні закономірності й форми регуляції соціальної поведінки у соціальних спільнотах і групах, особливості перебігу соціальних процесів;

- основи соціологічного аналізу;
- типологію, основні джерела виникнення і розвитку масових соціальних явищ, форми соціальної взаємодії, фактори соціального/розвитку, типи і структури соціальних організацій та інституцій;

- основи загальної педагогіки, психології та їх спеціальні розділи;
- форми, засоби, методи психолого-педагогічного впливу, форми і методи виховної роботи і просвіти;

- норми сімейного, трудового, житлового законодавства, які регулюють різноманітні аспекти охорони материнства і дитинства, права неповнолітніх, пенсіонерів, людей з особливими потребами і забезпечують їхній соціальний захист; основи кримінального і цивільного права;

- порядок та організацію опіки, піклування, всиновлення, позбавлення батьківських прав, направлення до спеціальних навчально-виховних закладів;

- організацію медико-соціальної роботи, санітарної просвіти і пропаганди здорового способу життя.

- Соціальний працівник має вміти:
  - забезпечити посередництво між особистістю і сім'єю, а також між різними громадськими і державними структурами;

– забезпечити зв'язок між особистістю і мікросередовищем, дітьми і дорослими, сім'єю і суспільством;

– впливати на стосунки між людьми і на ситуацію в малій групі, стимулювати клієнта до соціально значущої діяльності;

– працювати за неформального спілкування, сприяючи ініціативі та активній життєвій позиції клієнта;

– надавати психологічну характеристику особистості (її темпераменту, здібностям тощо), інтерпретувати власний психічний стан, володіти прийомами психодіагностики і психічної саморегуляції;

– здійснювати організаційно-управлінську, дослідницько-аналітичну, науково-педагогічну і практичну роботу на різних об'єктах професійної діяльності;

– надавати першу медичну допомогу.

Соціальний працівник повинен:

– використовувати гуманістичний підхід у роботі;

– мати високий рівень політичної, етичної та психологічної культури;

– чітко уявляти шляхи реалізації в сучасних умовах свого професійного призначення;

– володіти філософським, економічним, політичним, гуманістичним мисленням;

– орієнтуватися в особливостях ринкової економіки, соціальних, національних, історичних та демографічних процесах розвитку суспільства;

– брати активну участь у громадському житті, формуванні правової свідомості та цивілізованих взаємовідносин у суспільстві.

Неодмінними специфічними вимогами до підготовки таких фахівців є:

– створення умов для вільної реалізації розуму і почуттів майбутніх соціальних фахівців, що є основою освоєння принципів гуманізму і способів прояву людяності;

– прояв і постійне посилення творчої спрямованості навчального процесу, активне залучення до нього тих, хто навчається;

– підготовка студентів до входження в систему професійної діяльності “людина – людина” і успішної адаптації в ній;

– організація навчального процесу, коли б кожна навчальна група була своєю лабораторією для прояву і розвитку навичок спілкування, взаємодії, ефективної комунікації.

*При цьому підкреслимо також важливість створення в навчальному закладі умов для заохочування унікальності і неповторності особистості майбутнього соціального працівника, що є основою вільного прояву його індивідуального стилю роботи.*

Навчальна, трудова і громадська діяльність у межах професійного навчання має бути організована так, щоб сьогодні студент, а завтра –фахівець усвідомлював значимість майбутньої роботи, вимоги, які вона до нього висуває, вмів реально оцінювати свої можливості, достоїнства і недоліки. Це є чинником того, що людина починає усвідомлювати необхідність роботи над собою.

Початковою стадією професійного виховання соціальних працівників є профорієнтація, яка завершується фактом вибору професії, специфікою якої є надання допомоги людям і суспільству за їхніх умов стати вільними людьми у вільному суспільстві, іншими словами, відбувається свідомий вибір діяльності в системі “людина – людина”. В подальшому складовими професійного виховання є підготовка до свідомого здійснення передбачуваної мети, оволодіння професією, початок і становлення самостійної трудової діяльності, безперервне підвищення кваліфікації.

Важливим в професійному вихованні має бути дотримання таких принципів творчого саморозвитку, як:

- поєднання логічного і евристичного, раціонального і емоціонального;
- здійснення свого саморозвитку через безперервне самовдосконалення;
- поширення власного досвіду та знання і водночас запозичення досвіду колег.

Серед принципів самопізнання варто визначити такі, як орієнтація на рефлексивне мислення, усвідомлення своїх сильних і слабких якостей, опора на свої сильні якості і водночас визнання слабих і робота над їх подоланням, використання тестів, самоконтролю, договорів із самим собою, самоспостереження, самоаналіз, аналіз чинників своїх успіхів і причин невдач

Зараз в Україні сформувалась трирівнева система підготовки соціальних працівників. У ліцях і коледжах готують молодших спеціалістів, в інститутах - бакалаврів, в університетах – магістрів із соціальної роботи. У вищих педагогічних закладах готують переважно соціальних педагогів. Але за відсутності національної фахової громадської організації, яка б опікувалась питаннями стандартів освіти, зміст навчання соціальної роботи у різних закладах суттєво варіюється.

Отже, соціальна робота як академічна дисципліна спрямована на опанування майбутніми соціальними працівниками знань і методів, які забезпечуватимуть розв'язання практичних фахових завдань, формування ціннісних орієнтацій і настанов, зорієнтованих на забезпечення гуманістичного характеру діяльності.

### ***1.1.3. Сутність соціальної роботи як фахової діяльності***

Соціальна робота належить до професій, які виникли й утверджуються з метою задоволення насущних потреб суспільства і його членів. У суспільному житті більшості країн світу соціальні працівники відіграють значну роль у плануванні, реалізації, оцінці та науковому вивченні соціальних програм, розрахованих на підтримку найрізноманітніших груп населення: від дітей із розумовою відсталістю і підлітків із порушеннями поведінки до ветеранів війн і безробітних.

Сучасні теоретики соціальної роботи обґрунтовують *три типи поглядів на соціальну роботу як фахову діяльність*:

- рефлексивно-терапевтичний;
- соціалістично-колективістські;
- індивідуалістично-реформістські.

Згідно з рефлексивно-терапевтичним поглядом зміст соціальної роботи полягає в ідентифікації потреб, які висловлюють клієнти, та роботі з ними. Він розглядає соціальну роботу як таку, що шукає найкращі варіанти добробуту для індивідів, груп та громад у суспільстві шляхом їхнього просування, взаємодії з іншими, сприяння розвитку та самореалізації. У такий спосіб люди здобувають владу над власними почуттями та способом життя. Через цю особисту владу вони стають спроможними здолати чи піднятися над стражданнями або незручностями. Наступні два погляди модифікують та дещо заперечують перший.

Соціалістично-колективістські погляди розглядають соціальну роботу як пошук співпраці та взаємної підтримки у суспільстві, спрямований на те, щоб владу над власним життям могли здобути найбільш пригнічені та злиденні люди. Соціальна робота сприяє цьому, надаючи людям можливість участі у процесі навчання та співробітництва, створюючи інституції, в яких можуть брати участь усі. Роль соціальної роботи полягає в здійсненні оцінки потреб, наданні доступу до послуг через розподіл ресурсів. Соціальні працівники повинні створювати структури для співпраці клієнтів у боротьбі за задоволення їхніх потреб.

Індивідуалістично-реформістські теорії розглядають соціальну роботу як таку, що відповідає потребам індивідів та покращує послуги, частиною яких вона є. Отже, соціальні працівники визначають та відповідають на потреби від імені суспільства, забезпечуючи ефективне використання ресурсів, здійснюють представництво клієнтів у агенціях та при змінах політики агенції. Ці три погляди мають певну “духовну спорідненість”, оскільки вони акцентують увагу на відповідності соціальної роботи

потребам індивідів, виступають за зміни та розвиток, реалізацію потенціалу індивідів, груп та громад у межах наявної соціальної системи.

Наразі *зміст соціальної роботи* є різним в залежності від часу, соціальних та культурних умов. Бо ця діяльність є суспільним творінням, її, зокрема, визначають: теоретичні розробки, дані наукових досліджень; політичні та законодавчі зміни; організаційні перетворення; впливи суміжних професій; засоби масової інформації. Ці чинники:

1) створюють та забезпечують контроль соціальної роботи як професії, сприяють її академічному та практичному розвитку;

2) формують групу клієнтів та зумовлюють зміни їхніх потреб;

3) конструюють соціальний контекст, у якому здійснюють соціальну роботу.

Вважається, що практика соціальної роботи уходить своїми коренями в історичні та культурні традиції конкретної країни. І без урахування таких традицій небезпечно було б переносити соціальну роботу з однієї держави до іншої. Соціальну роботу відносять до професій, що пов'язані з національною свідомістю та духовними традиціями суспільства.

Визначальною рисою соціальної роботи є те, що вона захищає інтереси тих людей, що мають нерівні потенційні можливості порівняно з іншими через хвороби, вади, бідність, кризові ситуації, в яких вони опинилися. Розглянемо кілька визначень, що розкривають сутність соціальної роботи.

*Мета соціальної роботи* полягає у регулюванні правових, економічних стосунків людини з суспільством, наданні їй допомоги та підтримки в подолання проблем, що виникли, та гідному самоутвердженні й повноцінному житті. Так, з позиції Американської асоціації соціальних працівників метою соціальної роботи є розвиток чи відновлення взаємовигідних стосунків між індивідом та суспільством для покращення якості життя кожного його члена.

*Завдання соціальної роботи:*

- розширення можливостей та самостійності клієнтів у подоланні їхніх проблем;
- встановлення зв'язків клієнтів з системами, які мають необхідні ресурси та надають послуги;
- сприяння ефективному та гуманному функціонуванню цих систем;
- сприяння розвитку служб, які відповідають потребам клієнтів;
- вплив на соціальну політику.

Не всі ці завдання реалізують соціальні працівники. Деякі з них лежать за межами компетенції соціальних працівників базового рівня.

Британський науковець С. Шардлоу виділяє такі *напрями соціальної роботи*:

- Допомога людям, які зіткнулися з проблемами, віднайти шляхи їх вирішення. Коло проблем, які можуть входити до компетенцій соціального працівника, охоплює складності у взаєминах з іншими людьми, нездатність до виконання різних соціальних ролей, нездатність доглядати за собою за якихось причин, кризові ситуації в житті тощо.

- Допомога людям допомогти собі. Важливо так працювати з людьми, щоб допомогти їм у досягненні їхніх власних цілей і навчити в результаті обходитися без соціального працівника.

- Соціальні працівники надають допомогу не тільки тим, хто її потребує, а й вживають заходів щодо захисту найбільш вразливих членів суспільства від них самих та від інших осіб. Такими групами клієнтів є: діти, які зазнають насильства, люди з проблемами у навчанні (розумово відсталі), користувачі психіатричних служб, люди похилого віку, якщо є ризик, що родичі можуть використовувати їх у своїх інтересах. У багатьох із наведених прикладів у західних країнах соціальний працівник зобов'язаний, згідно з законодавством, забрати людину із середовища, де вона зазнає зловживань. На жаль, в Україні соціальні працівники не мають таких повноважень.

- В деяких випадках суд зобов'язує соціальних працівників здійснювати нагляд за людьми. Так, у Великобританії існує така сфера соціальної роботи як пробаційна служба. Її функція здійснювати нагляд за тими, хто визнаний судом виним, але не засуджений до тюремного ув'язнення. Серед функцій соціального працівника пробаційної служби є також надання рекомендацій суду стосовно соціальної ситуації людини, які використовуються в разі винесення вироку.

- Соціальні працівники здійснюють догляд за тими, хто не в змозі сам за собою доглядати. Клієнти, які потребують такого догляду перебувають у будинках для людей похилого віку, дитячих будинках та інших закладах, де надається догляд тим, хто не в стані робити це самостійно.

Цей перелік діяльності соціального працівника далеко не вичерпний, але він дає уявлення про те, що включає в себе робота соціальних працівників у сучасному суспільстві.

*Об'єктом соціальної роботи* є проблеми людей, розв'язання яких потребує сторонньої допомоги.

До *суб'єктів соціальної роботи* належать держава в цілому, яка здійснює соціальну політику, державні, благодійні і громадські організації, працівники соціальної сфери. До суб'єктів соціальної роботи деякі теоретики відносять і клієнтів, адже від них очікують

активної участі у подоланні власних проблем, а також волонтерів та членів громади. Така позиція пов'язана з тим, що соціальна робота як професійна діяльність спрямована на задоволення потреб клієнтів, а в кінцевому рахунку – досягнення того, що клієнти будуть спроможні самостійно вирішувати свої проблеми. При цьому вона ґрунтується на переконанні, що, як правило, ми не знаємо, що є найкращим для іншої людини. Вона знає це краще за нас. Хоча часом люди потребують інформації про альтернативні можливості, відносні переваги та недоліки альтернативних способів дій. Інколи люди потребують навчання щодо прийняття рішень. Можливість підтримувати людей у кризових ситуаціях виразити себе, зважувати можливості, приймати рішення, підтримка їх у запровадженні таких рішень вимагає від соціального працівника не тільки неавторитарної позиції, але й глибокого переконання, що кожен з нас мають право та здатність вести помірковано задовільне життя.

Найважливішою особливістю соціальної роботи як професійної діяльності є характер відносин між спеціалістом і клієнтом. На відміну від суб'єкт-об'єктних відносин, притаманних іншим видам допомагаючих професій, у процесі соціальної роботи зазвичай складаються суб'єкт-суб'єктні відносини, при цьому допомога орієнтована переважно на активізацію клієнтів.

До *засобів діяльності* у соціальній роботі належать усі предмети, пристосування, дії, знання, за допомогою яких досягають поставленої мети. Здійснення соціальної роботи як професійної діяльності включає наступні етапи: збір і аналіз інформації про проблему клієнта, об'єктивну оцінку ситуації, планування відповідних дій, вибір оптимального рішення, вибір відповідної техніки (методу) вирішення проблеми, застосування її для вирішення проблеми, оцінку ефективності.

У *фаховій літературі* наведено низку принципів соціальної роботи, під якими розуміють основоположні ідеї, правила, норми поведінки. Зокрема, до ключових принципів соціальної роботи відносять:

1) принцип універсальності (вимагає виключення дискримінації при наданні соціальної допомоги за ознаками соціального статусу, національності, релігії, раси, статі, віку, ідеологічних і політичних переконань, станом здоров'я та ін.; він передбачає також нероздільність прав людини – політичних, економічних, соціальних і культурних. Його дотримання буває проблематичним під час роботи з людьми з обмеженими психічними чи фізичними можливостями, бездомними, престарілими, людьми, які живуть із ВІЛ, ув'язненими, оскільки стереотипні уявлення про клієнтів формують упередження, негативні установки не лише у пересічних громадян, а й відповідних за реалізацію

соціальної політики, співробітників соціальних служб);

2) принцип охорони соціальних прав (надання допомоги клієнту не може обумовлюватись вимогою до нього відмовитися від своїх соціальних прав або їхньої частини. Дилеми дотримання цього принципу пов'язані із протиріччям між функцією турботи й функцією контролю в соціальній роботі. Останній може виявлятися в примусовому вилученні дітей із родин, рекомендаціях стосовно розміщення людей у гериатричні чи психоневрологічні будинки-інтернати, психологічному впливі з метою змінити);

3) принцип соціального реагування (усвідомлення необхідності вживати заходів щодо розв'язання соціальних проблем, діяти у відповідності з обставинами соціальної ситуації конкретного клієнта, а не обмежуватися тільки стандартним набором заходів, орієнтованих на "середнього" користувача соціальних послуг);

4) принцип профілактичної спрямованості (необхідність докладати зусиль до запобігання виникненню соціальних проблем і життєвих труднощів клієнтів або ускладнення вже наявних проблем);

5) принцип клієнтоцентризму (визнання пріоритету прав клієнта у всіх випадках, окрім тих, де вони суперечать правам та інтересам інших людей);

6) принцип опертя на власні сили клієнта, його активну позицію у розв'язанні своїх проблем (ніхто, окрім самої людини, не може вирішити його життєвих утруднень, усунути конфліктну ситуацію, налагодити відносини з близькими людьми);

7) принцип активізації (збільшення влади та прав користувачів соціальних послуг; потенціал такого посилення залежать як від культурного, так і політичного й економічно контексту, проте воно переважно стосується тих користувачів, які контролюють якість отримуваних послуг, хоча може стосуватися й ширшого рівня соціальної роботи, коли клієнти долучаються до обговорення і до вирішення питання про те, які служби доцільно організувати в місцевому, регіональному чи національному масштабах);

8) принцип максимізації соціальних ресурсів (кожна соціальна система виділяє мінімум засобів на надання соціальної допомоги населенню, реальний розмір цих засобів залежить від соціально-економічних можливостей держави і від уявлень суспільства про те, що входить до необхідного соціального мінімуму для індивіда; соціальні працівники повинні докладати зусиль для залучення додаткових можливостей надання допомоги клієнту шляхом звернення до діяльності неурядових, добровільних, благодійних закладів, організації самопомоги і взаємодопомоги, інших незаборонених законом засобів);

9) принцип конфіденційності (збереження в таємниці інформації про клієнта, даних



про хвороби, негативні звички, психічні захворювання, сімейні конфлікти, кримінальне минуле тощо; таку інформацію можна використовувати тільки з професійною метою; вона не повинна розголошуватися, окрім випадків, передбачених законом і пов'язаних з можливістю насилля, завдання шкоди);

10) принцип толерантності (соціальна робота проводиться з різними категоріями клієнтів, зокрема з особами, які можуть не викликати симпатії спеціалістів; політичні, релігійні і національні особливості індивідів, які потребують допомоги, їхні поведінкові стереотипи і зовнішність можуть виявитися незвичними, однак професійна толерантність соціального працівника вимагає визнання різноманіття клієнтів і вияву терпимість до проявів цього різноманіття, соціальний працівник не може сортувати клієнтів на “гарних” і “поганих”, “зручних” і “незручних”).

Соціальна робота як професійна діяльність спрямована на задоволення потреб клієнтів, а в кінцевому рахунку – досягнення того, що клієнти будуть спроможні самостійно вирішувати свої проблеми. При цьому вона ґрунтується на переконанні, що, як правило, ми не знаємо, що є найкращим для іншої людини. Вона знає це краще за нас. Хоча часом люди потребують інформації про альтернативні можливості, відносні переваги та недоліки альтернативних способів дій. Інколи люди потребують навчання щодо прийняття рішень. Можливість підтримувати людей у кризових ситуаціях виразити себе, зважувати можливості, приймати рішення, підтримка їх у запровадженні таких рішень вимагає від соціального працівника не тільки неавторитарної позиції, але й глибокого переконання, що кожен з нас мають право та здатність вести помірковано задовільне життя.

Концепція соціальної роботи є новаторською для України, так само, як і професія соціального працівника. Ця нова спеціальність має значні перспективи в нашій державі, адже потреба в соціальних працівниках особливо зростає під час соціальних та економічних криз.

Система соціальних служб у Україні поволі змінюється, їх стає дедалі більше й різноплановіших. У державному класифікаторі професій зазначено чимало посад, на яких можуть працювати спеціалісти із соціальної роботи. У кожному обласному й районному центрі діє низка державних і недержавних організацій, що надають соціальні послуги. Проте вона потребує розвитку – організаційного, правового, кадрового. Головні недоліки цієї системи – це фрагментарність системи, орієнтованість на стаціонарний догляд, відсутність безперервності у наданні послуг конкретним групам клієнтам у країні не вистачає системи інтегрованого догляду, особливо для людей із функціональними

обмеженнями, людей із психічними розладами, ВІЛ-інфікованих та інших вразливих груп. Відсутність стандартів соціальних послуг – відсутність уявлень про якість – відсутність очікувань від рівня діяльності соціальних працівників – такий своєрідний ефект доміно, який спостерігається нині. І це обумовлює низькі вимоги до якості підготовки фахівців, повільний розвиток соціальної роботи як науки

Актуальним залишається становлення авторитетної професійної асоціації соціальних працівників, яка б представляла інтереси широкого загалу фахівців із соціальної роботи, а не співробітників певної відомчої мережі соціальних служб, а також розвиток національних професійних стандартів і етичного кодексу.

---

## **Висновки**

---

1. Соціальна робота – це професійна діяльність соціальних інституцій, державних і недержавних організацій, груп і окремих індивідів із надання допомоги у здійсненні успішної соціалізації особам чи групам людей у випадках, коли за відсутності належних умов у суспільстві або особистих вад їх соціалізація утруднюється, призупиняється або відбувається у зворотному напрямі (десоціалізація).

2. Соціальну роботу прийнято розглядати в трьох її значеннях: як практичну діяльність, як галузь наукових знань та як навчальну дисципліну.

3. Соціальна робота як наука – відносно молода, і тому триває уточнення і корекція її понятійно-категоріального апарату, точаться наукові дискусії навколо термінології, розуміння змісту і структури соціальної роботи, доцільності використання конкретних методів.

4. Як навчальна дисципліна соціальна робота визначається структурою курсів, змістом і рівнем професійних знань, а також сукупністю професійних і моральних вимог до випускників спеціальності „Соціальна робота”.

5. Серед основних функцій соціальної роботи як практичної діяльності виділяють: організаційну, діагностичну, прогностичну, правозахисну, профілактичну, соціально-побутову, психологічну та інші. Об'єктом соціальної роботи є проблеми людей, розв'язання яких потребує сторонньої допомоги. До суб'єктів належать держава в цілому, яка здійснює соціальну політику, державні, благодійні і громадські організації, працівники соціальної сфери, клієнти.

## **Запитання для самоперевірки**

1. Яке з визначень соціальної роботи Ви вважаєте найбільш доцільним? Чому?
2. Що є об'єктом досліджень соціальної роботи як науки?
3. Якими філософськими принципами послуговується соціальна робота?
4. Дайте визначення поняттю „теорія соціальної роботи”.
5. У чому, на Вашу думку, полягає призначення соціальної роботи як навчальної дисципліни?
6. Дайте характеристику основних поглядів на соціальну роботу як фахову діяльність.
7. Що є об'єктом соціальної роботи як фахової діяльності?

### **Література:**

1. Введення у соціальну роботу /Семигіна Т.В., Грига І.М. та ін. – К.: Фенікс, 2001.
2. Вступ до соціальної роботи / За ред. Семигіної Т.В., Миговича І.І. – К.: Академвидав, 2005.
3. Закон України „Про соціальні послуги” від 19.06.2003 р.
4. Лукашевич М.П., Мигович І.І. Теорія та методи соціальної роботи. – К.: МАУП, 2002.
5. Мигович І.І. Соціальна робота. – Ужгород, 1997.
6. Пейн М. Сучасна теорія соціальної роботи: Пер. з англ. – К., 2000.
7. Семигіна Т., Брижовата О. Міжнародне визначення соціальної роботи // Соціальна політика і соціальна робота. – 2002. - № 3,4. – С. 144-145.
8. Социальная работа: Пособие для студентов вузов / Под ред. В.И. Курбатова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1999.
9. Соціальна робота в Україні: перші кроки / Під ред. В.І. Полтавця. – К: КМ Академія, 2000.
10. Соціальна робота. В 3-х ч. – Ч. 1. Основи соціальної роботи / За ред. Т. Семигіної, І. Григи. – К.: КМ Академія, 2004.
11. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник. – К.: УДЦССМ, 2002.
12. Соціальні послуги на рівні громади: український досвід та перспективи / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Гурт, 2005.
13. Тетерский С. В. Введение в социальную работу: Уч. пособие. – М.: Академический проспект, 2000.
14. Шардлоу С. Определение социальной работы // Что такое социальная работа? К.-Амстердам: Ассоциация психиатров Украины, 1995.
15. Энциклопедия социальной работы. В 3-х т. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.

### **Тема 1.2. Еволюція суспільної допомоги і соціальної роботи**

### *1.2.1. Суспільна допомога як підґрунтя соціальної роботи*

Теорія соціальної роботи, як і будь-яка наукова теорія, з одного боку, вбирає в себе тенденції розвитку цієї науки в світовому науковому просторі, а з другого — її тенденції та закономірності виникають у конкретному географічному, соціально-економічному та науковому середовищі тієї чи іншої країни. Отже, паростки соціальних теорій виростають на соціальному та науковому підґрунті конкретної країни і для розуміння їхніх сутнісних і специфічних ознак потрібно вивчати і враховувати вплив на їхнє формування та розвиток соціальних характеристик цього підґрунтя. З огляду на теорію соціальної роботи йдеться про соціальні, моральні, духовні, політичні та економічні передумови виникнення паростків цієї науки в Україні.

Характерно, що у розв'язанні гострих соціальних проблем, які нині стоять перед українським суспільством, дедалі більшого значення поряд із удосконаленням державної системи захисту населення набувають відродження і розвиток благодійної діяльності різних організацій та установ, спеціалізованих громадських об'єднань і приватних осіб. *Благодійність* — це вияв цілеспрямованої уваги до людей, які з різних причин не можуть власними силами забезпечити собі хоча б мінімальні умови для існування (на відповідному загальному рівні цивілізованості суспільства), надання їм посиленої допомоги у збереженні й організації своєї життєдіяльності, матеріальне й духовне підтримання їх. Це соціальне явище має у нашій країні свою історію, традиції й особливості, ознайомлення з якими становить не тільки пізнавальну зацікавленість, а й має практичне значення для тих, хто працює в соціальній сфері або хоче присвятити себе цій роботі.

Серед багатьох рис, притаманних різним народам, спільними є насамперед співчуття, співпереживання, готовність відгукнутися на чужу біду, надати суспільну допомогу. Ці людські якості існують віддавна, змінюючи з часом форми й способи вираження. Вони притаманні і слов'янам. Писемні згадки західних мандрівників давнини засвідчують гостинність слов'ян, їхню милість, чуйне ставлення до полонених. Турбувалися слов'яни і про співвітчизників, які потрапляли в біду. Так, Київська Русь уклала з греками спеціальні договори про порятунок полонених. Ними визначалися взаємні зобов'язання щодо викупу русичів і греків, у якій би країні вони не перебували, і повернення їх на батьківщину (договори князів Олега й Ігоря, 911 і 945 р.).

Людинолюбство, незлостивість, відкритість слов'янської душі, на думку В. Ключевського, формувалися під впливом особливих географічних і природних умов, серед яких вирізняються безкрайність рівнинних і лісостепових просторів, помірний клімат,

постійна необхідність колективного захисту від войовничих половців та інших сусідів. Духовність і культура слов'ян розвивалися також завдяки діяльності просвітителів Кирила і Мефодія, які у 898 р. створили для них єдину книжково-писемну мову. Вона виявилась одним з важливих чинників становлення слов'янської цивілізації, тієї особливої духовності наших пращурів, яким властиві були доброзичливість і співчуття.

Зауважимо, що самобутній характер наших попередників формувався задовго до введення християнства в Київській Русі. У нашій країні християнство модернізувалося, пристосовувало свої догмати до уявлень східних слов'ян про добро і зло, богів-покровителів й інші надприродні сили та земні явища. Вчення церкви про рятування душі, людинолюбство, справедливість, добротність, скромність було співзвучне зі слов'янською духовністю і сприяло поширенню цього вчення серед нашого народу. Християнство відіграло позитивну роль і в історичному розвитку нашого народу, у тому числі у поширенні благодійності. Таку саму місію виконували й *інші релігії, що* в тій чи тій формі проповідували гуманістичне ставлення до бідних, нужденних. Так, іслам як один із п'яти своїх стовпів розглядає обов'язкову благочинність через спеціальний податок і милостиню. Іудаїзм ґрунтується на переконанні, що світ тримається на добрих справах. Послідовники цього вчення прагнули створити систему підтримки, засновану на любові до ближнього та ідеї взаємодопомоги („Всі євреї відповідальні одне за одного”), а також на обов'язку кожного трудитися, щоб не бути ні для кого тягарем.

Запроваджуючи християнство на Русі, князь Володимир сам глибоко сприйняв звернені до душі людини положення цього вчення, що закликають людей турбуватися про ближнього, бути милосердними. Ось деякі з цих положень: "Блаженні милостиві, бо помилені вони будуть", "Хто просить у тебе, то дай, а хто хоче позичити в тебе — не відвертайся від нього", "Продай добра свої та й убогим роздай", "Тіштеся з тими, хто тішиться, і плачте з тими, хто плаче". Пройнявшись духом християнських повчань, Володимир, за свідченням літопису, велів "усякому старцеві й убогому приходити на княжий двір, брати їжу, питво і гроші з казни". Проте оскільки немічні й хворі не могли добратися до його двору, князь наказав зробити вози, куди клали хліб, м'ясо, рибу, овочі, мед у бочках, квас і возили містом, запитуючи: "Де хворі і старці, які не можуть ходити?" Таким роздавали все необхідне.

Прагнучи розвинути благодійництво, надати йому організованого характеру, князь Володимир у 996 р. видав Устав (або закон), в якому, згідно з релігійними настановами, доручив духовенству і церковним структурам опікуватися і наглядати за лікарнями, лазнями, притулками для одиноких тощо, встановив для благодійних закладів "десятину".

Як відомо, цей мудрий правитель здійснив багато прогресивних для свого часу заходів, завдяки яким освіченість, культура русичів досягли високого рівня. Зокрема, було засновано училище для навчання убогих людей, богадільню, будинок для паломників, запроваджено народні свята, на яких виявляли турботу про убогих, сиріт, удів, мандрівників і роздавали їм велику милостиню. Не випадково про князя Володимира за його чуйність, безкорисливість складено багато легенд, билин, оповідей. Його приклад наслідували інші представники княжої влади і духовенства.

Благочинна діяльність набирала в Київській Русі дедалі спрямованішого й організованішого характеру. Наприклад, князь Ярослав Володимирович заснував сирітське училище, де опікував і утримував 300 юнаків. Допомогали бідним також князі Ізяслав і Всеволод Ярославовичі. За їхнього правління широковідомий єпископ Єфрем Переяславський побудував "строєній банних і врачеве" для бідних і сиріт, призначав їм медиків, установив, щоб повсюдно хворих доглядали й лікували безкоштовно. За переказами, особливо турбувався про бідних і нужденних Володимир Мономах. Для багатьох поколінь на Русі велике виховне значення мала складена ним "Духовна" (заповітна) своїм дітям, де виражалися його турботи про моральний стан народу, необхідність бути уважним до його потреб. "Якщо поїдете по землях своїх, — наставляв Володимир Мономах, — не давайте ображати народ ні в селах, ні на полі, щоб вас потім не проклинали. Куди підете, де станете, напійте, нагодуйте бідняка, більше шануйте гостя, звідки б до вас не прийшов..."

У Печорському монастирі в Києві досі зберігаються мощі ченців Агапіта й Аліпія, під патронатом яких діяли шпиталі для немічних, а також чернігівського князя Святослава, який після постригу під ім'ям Миколи Святоши влаштував тут у XII ст. лікарню. За настановами святого Агапіта, багато хто з благодійників був "безмедни-ком", допомагаючи усім нужденним безкоштовно.

Ці тенденції розвитку соціальної опіки в Київській Русі були перервані, як і суспільний розвиток нашого народу загалом, монголо-татарським нашествям, що виявилось тяжким випробуванням для його життєздатності. В умовах краху державності й чужоземного владарювання на перший план у збереженні та об'єднанні духовних сил народу об'єктивно висунулася православна церква. Вона стала водночас єдиним притулком для убогих, старців, немічних. Церква й монастирі перебрали на себе всі благочинні функції, користуючись тим, що татарські хани, особливо в перший період панування над Руссю-Україною, з повагою ставилися до духовенства, надавали ієрархам грамоти (ярлики), звільняли церкви й монастирі від дані та поборів, залишали за

духовенством турботу про тих, хто її потребував.

У скрутні часи національного гноблення і розпорошення українських земель православна церква підтримувала в народі духовність, віру в добро і справедливість, не давала зачерствіти серцям і стати байдужими до людського горя, страждань і втрат. Церква надихала народ на боротьбу за національне визволення і відродження.

Монголо-татарські спустошення завдали непоправної шкоди Україні. Її суспільно-політичний розвиток ще довго стримувало поневолення іншими державами, а творчі сили виснажували чужинські впливи, війни, чвари. Та навіть за таких умов закладені ще з часів Київської Русі традиції благодійницької діяльності не були забуті. На складному шляху відродження і державотворення поступово розвивалися різні форми суспільної опіки, з яких виразно окреслювалися два провідних напрями, що доповнювали один одного. Перший — продовження традицій Володимира та інших князів, які були прикладом особистого благодіяння і захисту вбогих, старців, сиріт та інших страдників. Другий — посилення організуючого начала, удосконалення форм і масштабів державної підтримки соціальне вразливих верств населення при збереженні й заохоченні благодійницької діяльності церкви.

Звернімося до хроніки українських братств — православних громадських об'єднань. При них створювалися лікарні та інші благочинні заклади. Так, у передмістях Львова у XIV ст. було відкрито чотири лікарні. Київське братство мало свою школу і "шпиталь для людей вбогих, уломних, старих, як духовних і цивільних, так і лицарських". У Кам'янці-Подільському функціонував вірменський шпиталь, створений на кошти місцевої громади, де лікували хворих різних національностей.

Українські князі Острозький, Вишневецький, гетьмани Сагайдачний, Хмельницький, Мазепа, більшість місцевих феодалів були, як правило, вихідцями із середніх верств населення, знали запити своїх співвітчизників у низах, у критичних ситуаціях намагалися допомагати найзнедолішим. Перед лицем чужинської загрози, в умовах тривалої бездержавності на південноруських землях існували і зміцнювалися загалом демократичні, гуманні для свого часу звичаї, традиції, форми соціального буття. В основі ладу, що утвердився на Наддніпрянщині після революції 1648 року, була соціальна рівність. Кожний міг увійти до Запорізького війська, здобути козацьких прав і свобод. На думку Д. Яворницького, "запорізька община доходила до повного ідеалу рівності, невідомої ні в давньому світі, ні в середніх, ні в нових віках; пануюче тут начало рівності проходило скрізь: під час загальних зборів, при виборах військових старшин, при управлінні січовому, при управлінні паланковому, в усіх запорізьких школах, при

загальній трапезі, при поділі майна і в приватному житті по куренях". У тритомній праці "Історія українських козаків" учений пише про свободу, рівність, самоврядність, "скорий, правий і повний суд", що існував на Запоріжжі. У Січі цінувалися лише "особисті достоїнства — хоробрість, досвід, розум, кмітливість"; тут усі справи вирішувалися спільно, громадою; курінні отамани турбувалися про козаків, як батьки про своїх дітей; великим моральним авторитетом користувалися після старшин і козацьких отаманів так звані знатні радці, сивоусі діди, тобто колишні військовики, які стали старими; гостинність до прибулих не знала". За часів найвищого розквіту чисельність війська козацького сягала разом із зимівниками та слободянами 100 тис. осіб.

Хто залишався поза військом, так само був вільний і тільки замість служби виконував інші повинності. За переписом 1654 року, половина населення належала до козацького стану, половина — до міщанського, або так званого поспільства. Між соціальними групами не було чітко окреслених меж. Загальновідомі скромність, мужність, жертвовність перших поколінь гетьманської держави, що була на той час унікальним політичним утворенням. Та згодом у ній замість соціальної рівності, що була ідеалом людської революції, відбулося загострення соціальних відносин і поділ на верстви панівних і поневолених.

Серед запорізьких козаків популярною була народна медицина. Чимало козаків знали на траволікуванні. Під час походів, боїв з-поміж козаків визначались особи, яким доручалося лікувати хворих і поранених за винагороду з військового скарбу. За свідченнями французького інженера і дослідника Боплана, який бував на Січі, козаки застосовували своєрідні та ефективні засоби медичної самопомоги і взаємодопомоги. Багато козаків (так званих характерників) знали таємниці лікування, навіювання. Такі цілителі, часто самоуки, підтримували стосунки з дипломованими лікарями, які з власної ініціативи лікували місцевих жителів і навчали козаків медицини, санітарії.

На берегах річки Самари в Подністров'ї, у Трахтемирові під Каневом, у Лебединському монастирі поблизу Чигирини, при Левківському храмі поблизу старовинного Овруча — скрізь в Україні були поширені благодійні заклади для поранених і старих воїнів Запорізької вільної республіки. Лише руїни залишилися подекуди від цих воістину народних осередків милосердя. Як свідчать записи, таких шпиталів у Ніжинському полку було 138, Чернігівському — 118, Любенському — 107, Переяславському — 52, Полтавському — 42, Миргородському — 29. Це були водночас і лікарні, і притулки, і громадські осередки для тих, хто не міг боротися й працювати, про кого дбало тогочасне українське суспільство.



У Російській державі, до якої в середині XVII ст. приєднали більшу частину України, ставлення офіційної влади до соціальних проблем було суперечливим і непослідовним. З одного боку, існувала започаткована старокиївськими князями традиція допомагати нужденним, роздавати милостиню, спільно боротися з голодом та іншими лихами. Ця традиція всіляко підтримувалася церквою, громадською думкою; численних прихильників вона мала і серед людей різних станів, чиє матеріальне становище давало їм змогу особистими засобами сприяти полегшенню долі бідуючих, насамперед убогих, хворих, сиріт, а також безпритульних і голодуючих.

З другого боку, у міру ускладнення соціальних проблем владні органи, громадськість починають усвідомлювати обмеженість приватної благодійності й усталених форм церковно-монастирської опіки, шукати нові підходи до боротьби з жебрацтвом, іншими недугами, що нестримно вражали суспільство. Ідея *розгортання державної системи громадської опіки* почала реалізовуватися за царя Федора Олексійовича, який 1682 року наказав споруджувати шпиталі (богадільні), щоб "надалі на вулицях волоцюг і лежачих жебраків не було". Здорових цар велів примусити хліб свій "заживати працею чи якимось ремеслом на загальнонародну користь", бо всіляке неробство призводить до злих справ і злодійства.

Петро I, прагнучи викоринити псевдожебрацтво, заборонив (погрозою штрафу до 5 руб.) подавати милостиню безпосередньо тим, хто її просить. Натомість радив благодійникам робити це у шпиталях та інших подібних місцях. Цар доручав Священному синоду і державним адміністраціям (Камерам Контори, Головному магістрату, воєводам), розпочати облаштовувати лікарні, богадільні, сирітські притулки, будинки для опіки за незаконнонародженими немовлятами, для людей, що марно вештаються, та інших. Цей напрям розвитку громадської опіки як найбільш цивілізованої форми благодійності під впливом прогресивних соціальних ідей із Заходу та вітчизняної суспільної думки набув поширення і державної підтримки. Так, Катерина II 1 вересня 1763 р. видала Маніфест про заснування виховних будинків для сиріт. У 1775 р. вона в законодавчому порядку встановила державну систему опіки "для всіх цивільних прошарків". Ця система мала включати народні школи, сирітські будинки, аптеки, шпиталі, будинки для невиліковних хворих, для божевільних, виправлення аморальних та ін. Для них виділялися державні кошти, надавалися права містам, поселенням і приватним особам створювати такі заклади, особисто жертвувати нужденним. Сама Катерина II віддала для цього 150 тис. руб., а вельможі довели цю суму до 500 тис. руб. Вона заснувала Товариство виховання благородних дівичь (1764 р.), а також інші благодійні установи — будинки опіки, шпиталі,

пологові відділення для незаможних жінок, школи. Їхня мережа, що розширювалася, у 1854 р. була об'єднана у "Відомство імператриці Марії". Опікунство бідних мало свої відділення в Києві та інших містах України. У діяльності благодійних товариств, організацій і установ брали активну участь кращі представники імущих класів, прогресивна інтелігенція. Важливо, що опікунство мало на меті знаходити людей, які насправді потребували допомоги, особливо тих, хто соромився просити милостиню. Для працездатних відкривалися ремісничі класи та школи з майстернями, спорудами, майном і капіталом.

Велике соціальне значення мало створення Товариства Червоного Хреста як спеціальної організації з надання допомоги пораненим на полі бою. Його предтечею вважають військового лікаря П. Загорського (згодом він став академіком), який наприкінці XVIII ст. допомагав полоненим і цивільному населенню без поділу на "своїх" і "чужих". Відомий хірург М. Пирогов уперше сформував загони сестер милосердя для догляду за пораненими й хворими солдатами. Під впливом цього починання А. Дюнан дійшов висновку про необхідність створення міжнародної інституції допомоги пораненим. У 1863 р. у Швейцарії на базі філантропічної організації "Суспільна користь" розпочав роботу Міжнародний комітет допомоги пораненим. У 1876 р. він став Міжнародним комітетом Червоного Хреста. У 1867 р. виникло Товариство опіки поранених у Росії. До нього належала і добре організована українська ланка. Товариство надавало активну допомогу в медичному обслуговуванні й цивільному населенню. У Харкові було організовано поліклініку й дитячу лікарню Червоного Хреста. У Києві засновано Товариство боротьби із заразними хворобами, при ньому Бактеріологічний інститут, лікарню для чорноробів, їхні філії на Подолі, у Подніпров'ї та інших містах. Під час воєн вони відкривали сотні шпиталів. До цього Товариства вступали кращі інтелігенти — вчені, лікарі, громадські діячі, письменники. Із Червоним Хрестом співпрацювали А. Чехов, С. Руданський, М. Булгаков, С. Боткін, І. Мечников, М. Скліфосовський та багато інших видатних людей.

Наприкінці XIX ст. у Росії, переважно в європейській частині, у тому числі в Україні, налічувалося 14 854 благодійних товариства і заклади, 37,5 % з них були приватними. Наприклад, протягом 1898 року ними скористалися понад 7 млн осіб, 20 млн випадків разових звернень за благодійною допомогою [125, 63}. Проте майже всі ці заклади розміщувались у містах та інших великих поселеннях. | Більшості зубожілого люду, особливо на околицях імперії, вони були недоступні.

Основний тягар суспільної допомоги на селах лягав на громадськість. Цьому сприяли

особливості общинної організації їхнього життя. В Україні довго зберігало своєрідне значення поняття народного віча. Традиція колективно вирішувати широке коло питань господарського й суспільного життя розвинулася в селянській громаді, однією з визначальних рис якої стало самоврядування. Громаді притаманні тісні міжособистісні зв'язки, залежність і взаємодопомога людей на основі спільних інтересів. Водночас громада була волевиявленням індивідуальних свобод, люди об'єднувались у неї для досягнення взаємної вигоди і безпеки.

У ХУІ-ХУІІІ ст. громада, зберігаючи певну спадкоємність із давньоруською общиною, відіграла роль станової організації селянства, що регулювала всі аспекти його життєдіяльності. При цьому вона була, з одного боку, пережитком середньовічного укладу, а з другого — демократичною організацією, яка згуртовувала селян у боротьбі за свої права, за соціальний захист. Про цю велику колективну силу в усній народній творчості українців говориться: "громада — великий чоловік", "де людей купа, не болить у пупа", "що громада скаже, то й пан не поможе".

У цій формі самоврядування важливу роль відігравали громадські ради, сходи, суди, діяло звичаєве право, прості процесуальні норми, включаючи обрання і призначення посадових осіб. До функцій громади входив також розгляд соціальних питань. Чіткий контроль здійснювався за охороною власності, громадського порядку, покаранням порушників правових і моральних норм.

Громада несла відповідальність за всіх своїх членів, особливо за убогих, жебраків, волоцюг. Згідно зі статутом вона була зобов'язана утримувати убогих, а панський двір мав дбати про забезпечення їх певним заробітком, видачу готівки для придбання найнеобхіднішого. Люди з різних причин опинялися на найнижчому соціальному щаблі. Найпоширенішими були втрата землі, зменшення поголів'я худоби через надмірне оподаткування або лихварські махінації, стихійні лиха (неврожай, повені, пожежі), особисті вади (пияцтво, марнотратство, лінощі), трагічні випадки (каліцтво, втрата годувальника тощо). Щоб не потрапити в залежність до лихварів, члени громад створювали позикові каси, де зберігався "на чорний день" недоторканий запас зерна.

У будь-якому разі керівники громади повинні були організовувати притулок убогим (у спеціальному будинку або вільних помешканнях). Старцям, а також збіднілим сім'ям односельців допомагали харчами напередодні свят, особливо перед Великоднем і Різдвом. Заборонялося ходити на жебри в інші села, оскільки це впливало на репутацію громади. Водночас стимулювалося благодійництво. Наші предки вірили, що за обдарування бідних, покривджених віддається на небесах, а в земному житті буде краще вестися в

господарстві. Подекуди існував звичай, за яким заможні люди дарували бідним, особливо вдовам, ягня чи теля, цінні речі, продукти. Частіше це робилося в межах сусідських і родинних зв'язків.

Невідомною була громадська допомога погорільцям. З коштів громади або з власних запасів найзаможніші допомагали потерпілим одягом, харчами, насінням, будівельними матеріалами, оперативно влаштовували толоку для зведення постраждалим житла.

Особливу турботу виявляла громада про сиріт і вдів. Таке ставлення впливало з християнської моралі: покривджених долею ніхто не смів ні в чому неволити чи принижувати. "Вдовині й сирітські сльози камінь лупають", — казали в народі. До ХХ ст. кожне велике село мало сирітську раду і сирітського суддю, які через опікуна дбали про долю підопічних. У виборі опікуна для сиріт вирішальну роль відіграла родина, але такою ж важливою була і громадська думка. Бралися до уваги не тільки ступінь родинного зв'язку між сиротою та опікуном, а й риси характеру останнього, його вік (не менше 25 років), ділові якості. Основним критерієм при цьому було вміння опікуна вести господарство, бо від збереження і примноження спадку сиріт залежала їхня подальша доля.

Характер опікунства визначався й конкретними ситуаціями. Наприклад, коли після смерті батька залишався дорослий син, то він міг переймати опікунство над молодшими, бути опорою для матері-вдови. Якщо сироти не мали рідні, а серед чужих не знаходилося опікуна, то залишене майно громада оцінювала і продавала. За отримані проценти від вирученої суми призначали опікуна, який доглядав дітей до їхнього повноліття. Іноді громадський суд надавав удові для допомоги співопікуна, який мав великі права, але міг боронити сиріт від її нерозважливих вчинків. Кожна громада була зобов'язана мати свій фонд убогих і сиріт (хоча це траплялося рідко). У разі потреби громада шукала кошти із внутрішніх резервів (продаж власного майна, лісу, штрафи тощо), залучала на допомогу церкву.

На відміну від Візантії і Росії, де церква спиралася на світську владу і навпаки, в Україні церква не залежала від державців, а залишалася "справою громади". З часів заснування християнства церква в Київській Русі діяла за власними положеннями, відповідно до своєї мети. У XVIII ст. вона набула характеру демократичної установи і стала справою громадян. Матеріально вона залежала переважно від коштів парафіян, які брали участь у вирішенні питань, пов'язаних із використанням пожертвувань, призначенням священиків, служителів, їхньою оплатою тощо. Тому українська церква

поступово перетворилася на *духовний центр*, що поєднував у собі *храм, школу і шпиталь*. Храми стали традиційним місцем наймасовіших зустрічей і спілкування людей. Біля них відбувався обмін інформацією, обговорювалися наболілі життєві питання, часто оголошувалися розпорядження керівництва громади й урядові накази.

Специфічним різновидом громад були *церковні братства*, які брали активну участь у розв'язанні багатьох соціальних проблем своїх прихильників і тогочасного українського суспільства. До них входили переважно міщани й духовенство, оскільки згадані об'єднання (асоціації) були органічно пов'язані з церквами. Організаційно вони, як і громади, будувалися на волевиявленні окремих осіб. Існували братства за рахунок внесків, пожертвувань, прибутків від господарсько-торговельної діяльності. З давніх-давен вони мали тільки релігійне призначення, а згодом набрали й широкого громадського характеру. Крім підтримки церкви, братства відкривали школи, шпиталі, допомагали бідним і старцям.

У Лівобережній Україні братства поширилися з другої половини XVII ст. На відміну від західного регіону, де їхня діяльність раніше зосереджувалася переважно у великих містах, на Лівобережжі вони створювалися в невеликих містечках і навіть у селах. Братства приділяли велику увагу найменш захищеним представникам суспільства — людям похилого віку, інвалідам, знедоленим, сиротам, для яких влаштовували шпиталі, де за аналогією з власним устроєм запроваджували самоврядування. Обрані мешканцями цих закладів старости, старецькі чи отамани вирішували питання внутрішнього життя: складали кошториси, збирали й раціонально витрачали фінанси, продукти, одяг, ліки тощо. Зокрема, братства відкривали особливі "старечі" шинки, прибутки від яких ішли на утримання шпиталів. Вони мали більше значення, ніж звичайна філантропічна діяльність, і були втіленням гуманістичних поглядів на старість, немічність, убогство, сирітство. Ці явища суспільного життя народ вважав лихом, а не приниженням. Відповідно розцінювали себе представники соціальних низів.

Значну благодійну діяльність здійснювали також *монастирі*. Крім релігійної і просвітницької діяльності, вони розвивали ремесла, садівництво, городництво, надавали притулок і допомагали старцям, сиротам, потерпілим від лиха.

Релігійні організації істотно впливали на громадські відносини поза церквою.

Велике соціальне значення мали благодійні повчання церкви, обряди й ритуали, контроль за виконанням моральних настанов, індивідуальна робота з віруючими. Так, праця на свята вважалася гріховною. Засуджувалися зневага до старших, дармоїдство, лінощі, розпуста, пияцтво. У храмові дні (свята) біля церков влаштовувалися громадські

обіди, обдаровування старців, калік, сиріт. Заохочувалася милостиня і в інші дні, сприяючи "розговінню" убогих. Громада й церква турбувалися також про родинне здоров'я, виховання дітей, шанобливе ставлення молоді до батьків і літніх людей.

В Україні завжди високо цінували жінку-матір, жінку-трудівницю; до цього дітей готували змалку. Жінка повинна була багато вміти. Господарність, спритність у роботі цінувалися більше, ніж врода чи навіть багатство. Про авторитет і поцінування української жінки в сім'ї та громаді свідчить той факт, що до ХХ ст. повсюдно мали юридичну силу заповіти, складені не тільки чоловіками, а й жінками.

Як відомо, у Запорізькій Січі не було жінок. Ні матері, ні дружини, ні сестри не допускалися "за пороги". І в цьому виявлявся, на наш погляд, не так вплив забобону (начебто жінки приносять невдачу на війні), як бажання вберегти їх від надмірних труднощів, для повноцінного материнства, здорової сім'ї, продовження гідного роду.

Вдова, наприклад, залишалася господинею в домі, повністю заступаючи свого чоловіка в громаді, вирішувала спірні питання, укладала угоди щодо передання землі, брала участь у народних сходах і мала там право голосу.

Народна мораль в Україні високо пошановувала дівчину, її гордість, незайманість. І навпаки, осуду й покаранню піддавалися порушення етичних норм, народних традицій. Це стосувалося як хлопців-залицьників, ловеласів, так і легковажних дівчат. Найстрашнішими були людський поговор, пущена неслава. Побутували суворі звичаї громадського покарання зведених: обрізання коси, запрягання у віз або надягання хомута, обмазування голови і воріт дьогтем, покриття хусткою голови та ін. Покритка не мала права бути у молодіжній дівочій громаді, ходити без хустки, стояти в церкві поруч із дівчатами. Над нею могли посміятися в сім'ї, при нагоді кинути докір, а іноді й пожаліти. Усе це мало на меті покарати винну і тим відвернути інших від негідних учинків, підтримати моральність; водночас взяти під опіку тих, хто оступився, уберегти їх від страшних наслідків (каліцтва, божевілля, самогубства, дітовбивства). Драматично складалася також доля незаконнонароджених дітей. Вони в своєму житті несли "тавро неповноцінності", обмежувалися у правах (не обиралися до громадського уряду, мали труднощі при одруженні, успадкуванні тощо).

Сільська громада по-своєму виховувала також жінок, які порушували шлюбну вірність, що спричиняло гострі сімейні розлади та інші соціальні ускладнення. Таких жінок привселюдно ганьбили, прив'язували до куни — спеціальної залізної скоби, вмурованої у притворі церкви.

Громадському осудові піддавали злодіїв. Їх з украденою річчю в руках водили селом

і соромили перед кожною хатою. Нещадно били пійманих "на гарячому" паліїв, викрадачів коней.

За порушення норм громадського співжиття в XIX ст. здебільшого накладали грошові штрафи, часто застосовували й середньовічні норми покарання: били різками, садили в холодну, замикали в колодку.

Отже, громадські норми, думка, звичаї спрямовували соціалізацію особи, оберігали її від небажаних відхилень, щоб вона не опускалася "на дно", не змарнувала життя, висували до неї суворі вимоги, визначали межу дозволеного. Задану програму можна окреслити так:

спочатку набратися розуму й досвіду, потім — створити сім'ю і господарство, нарешті — досягти матеріального добробуту. Народна мудрість так відбила цю схему: "До двадцяти — не мудрий, до тридцяти — не жонатий, до сорока — не багатий — круглий дурень".

В українській громаді та сім'ї було чітке розмежування ролей і обов'язків, культивувалися працьовитість, чесність, непідкупність, надійність, доброзичливість, гостинність, взаємовиручка, милосердя, справедливість, волелюбність, витримка та мужність.

У суспільному житті українців міцно утвердився відомий усім слов'янським народам звичай взаємодопомоги. Найпоширеніші його форми — *супряга* (співпраця двох сусідів) і *толока* — колективне виконання трудомістких чи термінових робіт. Сходилися на неї найчастіше після попереднього запрошення. Не піти на толоку означало образити господаря. Подекуди приходили на неї без нагадування. Толокою переважно будували хати та інші споруди, косили сіно, жали, копали картоплю тощо. Часто вона була відчутною допомогою вдовам, солдаткам, багатодітним, потерпілим від повені, погорільцям, хворим, немічним та іншим зубожілим людям. Для них із милосердя толоки були безвідробіткові (на відміну від оплачуваних чи відробіткових), а для потерпілих від лиха — терміновими, усім селом не лише зводили житло, а й зносили реманент, дарували молодняк худоби, посівний матеріал, одяг, харчі. Великим було і соціально-виховне значення толоки (атмосфера спільної праці, солідарність, спілкування, розваги, моральна підтримка, приклад для молоді тощо). Кожна людина знала, що громада виручить із біди, не дасть пропасти.

Розпочата в XVII - XVIII століттях секуляризація призводить до участі світської науки в осмисленні питань суспільної допомоги. Державні інститути соціальної допомоги починають розглядати з позицій соціальної норми та патології, паралельно розвиваються

громадська та приватна благодійність. Із розвитком держави і поширенням світських тенденцій ідеї допомоги розкриваються й пропагуються не в працях діячів церкви, а в державних указах, постановах, збірниках. У розвитку суспільної допомоги в Україні значну роль зіграла розпочата ще з другої половини XVII ст. певна переорієнтація науки на дослідження соціальної проблематики.

У ХУІІІ столітті в Російській імперії почала створюватися система суспільної опіки, яка означала перехід до державної системи піклування про бідних і немічних. З ХІХ століття почали функціонувати богадільні не тільки при монастирях, а й як установи приказів суспільної опіки, розраховані на людей із всіх сусп. станів, які не мали родичів для матеріальної підтримки і забезпечення (убогі, каліки, люди похилого віку, вдови, невиліковно хворі, душевнохворі). Одночасно вони виконували функції пенітенціарійних закладів для певних груп засуджених: скалічених волоцюг, нездатних іти за етапом у Сибір; жінок із грудними дітьми, висланими на поселення; скалічених солдатів арештантських рот; осіб, виключених із духовного сану. Крім цього в Україні, як і в інших європейських країнах, виникали так звані „робітні будинки” („будинки працелюбства”), що здійснювали примусове трудове виховання й перевиховання представників окремих груп населення шляхом надання роботи та притулку.

Мірилом оцінки сутності людини були в українській громаді знання, досвід, навички та вчинки. Соціальне виховання, природно, органічно впліталось у повсякденне буття і підлягало постійному контролю. Соціальна мобільність, громадська активність були такими високими, як цього вимагала дійсність. Кожний повнолітній мешканець усвідомлював свій обов'язок перед іншими, без примусу виконував його, намагався досягти вищого рівня в багатьох сферах, докладав для цього зусилля, виявляв кмітливість, ощадливість. Усе це дало змогу українському народові уберегтися від остаточного поневолення й асиміляції, відтворити унікальні форми державності, багату та самобутню культуру, подолати соціальні хвороби.

До початку ХХ ст. серед населення України переважало селянство. За даними перепису 1897 року, 86 % українців займалися землеробством. До речі, в Росії цей показник становив 80 %, у Німеччині та Франції — 42, в Англії — 12 % [81, 252]. Лише 13 % населення України в 1897 р. проживало в центрах, що мали статус міста [37, 64]. А українців серед міського населення налічувалося трохи більше 5 %. Модернізація економіки, індустріалізація зумовили в ХХ ст. радикальні зміни в соціально-етнічній структурі, урбанізацію, класову боротьбу та інші процеси, що скрізь супроводжувалися гострими соціальними проблемами. І хоча в їх основі були глибокі класові й економічні



корені, свідомі та патріотичні сили намагалися пом'якшити, послабити їхні важкі наслідки, займалися благодійництвом. Так, свого часу в Києві було створено Товариство сприяння початковій освіті, споруджено Народну аудиторію, де проводилися публічні медичні читання, організовувалися богадільні для старих людей, які не мали родин і засобів для існування. У них самотні й немічні знаходили на схилі літ притулок, харчування, підтримку. Кожна етноконфесійна громада в Києві тих часів мала певні заклади. У них опікувались самотніми людьми, надавали медичну та іншу допомогу бідним. В унікальному Календарі-довіднику Києва, який вийшов у світ до жовтневого перевороту, майже на 50 сторінках перелічуються лише благодійні заклади міста. Важко навіть уявити, якою розгалуженою була мережа таких установ. Ось назви лише кількох із них: губернське опікунство дитячих притулків, опікунство дітей військових чинів, ліга захисту дитинства, товариства надання допомоги бідним, боротьби із сухотами, денних притулків для дітей робітничого класу... Безкоштовні школи, лікарні, притулки, богадільні, нічліжки шанувалися нашими предками, були справою честі, допомагали злиденним уникати передчасної фізичної смерті.

Отже, українське суспільство, як і інші суспільства, на кожному етапі свого розвитку брало на себе функції допомоги і підтримки, хоча спосіб їх реалізації відрізнявся в процесі соціогенезу. У первісному суспільстві, у первісному суспільстві, яке характеризувалося природною цілісністю життєдіяльності людей, ці функції реалізовувались переважно через інститут сім'ї і систему родинних зв'язків. З розвитком суспільства ці соціальні інститути постійно трансформувалися, передаючи частково або повністю обов'язки щодо підтримки своїх членів іншим соціальним інститутам. Особливо активно включалися у цей процес церква, релігійні, професійні, територіальні громади, благодійні організації, а згодом і держава.

Виникненню соціальної роботи як фаху передувало суспільне визнання необхідності задоволення потреб певних груп людей у сторонній допомозі й підтримці. Передісторія соціальної роботи охоплює такі послідовні етапи:

- 1) первіснообщинні і родові форми, церковно-монастирська допомога;
- 2) зародження державних і громадських підходів;
- 3) наукова філантропія, пов'язана із усвідомленим прагненням добровольців створити теоретичну і ціннісну базу своєї діяльності.

### ***1.2.2. Зародження професійної соціальної роботи за кордоном***

Виникнення фаху соціальної роботи справді важко пов'язати з якоюсь конкретною датою, це швидше історичний процес, у якому виділяють певні стадії професіоналізації:

- перетворення діяльності в основне заняття для цілої групи людей;
- організація спеціальних навчальних закладів даного профілю;
- формування професійної асоціації;
- політична кампанія, спрямована на прийняття законодавчих актів, які дають професійній асоціації офіційні повноваження;
- розробка і затвердження етичного кодексу професії.

Першими країнами, де соціальна робота оформилась як особливий вид діяльності, а згодом була поставлена на професійну основу, вважають Великобританію і США. Однак така думка не є беззаперечною, оскільки перший орієнтований на соціальну роботу навчальний заклад (Навчальний інститут соціальної роботи) було засновано у 1899 р. групою голландських соціальних реформаторів. А згідно з Указом імператора Росії від 1897 р. платні посади в благодійних організаціях і в закладах суспільної опіки прирівнювалися до державної служби, чим було закладено основи фахової опіки.

Соціальну роботу у **Великобританії** започатковано у XIX ст. як філантропічний рух. У 1869 р. було створено Товариство організованої благодійності, яке мало на меті наукове обґрунтування, координацію різноманітних філантропічних ініціатив. На перших порах благодійну діяльність, спрямовану на боротьбу з бідністю, здійснювали волонтери (переважно жінки із забезпечених родин). Однак невдовзі стало зрозуміло, що така діяльність потребує спеціальної підготовки. Поступово ідея благочинності як добровільної діяльності трансформувалася в ідею соціальної роботи як систематичної, організованої і фахової допомоги нужденним. У 1903 році Товариство організованої благодійності відкрило в Лондоні перший спеціальний навчальний заклад для підготовки соціальних працівників. 1912 року Школу соціології (так називався цей навчальний заклад) перетворили на факультет соціальної роботи Лондонської школи економіки та політології.

Історичний зв'язок з традиціями благодійності обумовив порівняно повільний розвиток професії соціального працівника у Великобританії, Німеччині та інших європейських країнах. Так, Британська асоціація соціальних працівників виникла лише 1935 року. Спеціальні відділення для підготовки соціальних працівників стали масово відкриватися в університетах лише у 1950-х, хоча, як зазначалося раніше, вже на початку століття діяло кілька закладів для навчання фахівців соціальної сфери. Отже, остаточне організаційне оформлення соціальної роботи у Великобританії як особливої фахової спільноти відбулося на початку 1950-х років. 1952 року було створено Раду з навчання та

підготовки соціальних працівників, покликану координувати діяльність навчальних закладів. 1955 року кілька фахових асоціацій об'єдналися в Національну асоціацію соціальних працівників, котра донині є центральним керівним органом.

У США соціальна робота виникла пізніше і спочатку відчувала сильний вплив британських традицій, але розвиток йшов більш швидкими темпами. Наприкінці XIX століття на зміну „дружнім візитерам” благодійних організацій прийшли оплачувані службовці, від котрих очікували наявності особливих навичок і майстерності, виникли клуби соціальної роботи в громаді, почали створюватися галузеві фахові асоціації, що відбивало зростання спеціалізації всередині фаху. 1915 року громадська організація - Національна конференція благодійності та виправлення запросила провідного фахівця в галузі фахової освіти Абрахама Флекснера висловити свою думку, чи є соціальна робота професією. Він відмовив їй у такому статусі, однак число охочих займатися нею професійно не поменшало. Це цілком зрозуміло: тривала світова війна, яка викликала чимало життєвих труднощів і змінила уявлення про суспільні роль жінок (а саме вони найчастіше ставали соціальними працівниками).

1917 року постала перша американська національна громадська організація із соціальної роботи, однак її членом міг стати кожен бажаючий. 1921 року Національна конференція благодійності та виправлення перетворилася на Американську асоціацію соціальних працівників, котрі активно діяли в сфері охорони родин і дітей, у системі охорони здоров'я та освіти (згодом –Національну асоціацію соціальних працівників), для членства у якій потрібно мати чотирирічний досвід роботи або академічну й фахову підготовку.

Паралельно розвивалося навчання соціальних працівників. Наприкінці першої світової війни у США діяло 17 шкіл соціальної роботи. 1919 року їх представники домовилися про стандартизацію програм навчання. На базі цієї групи виникла Асоціація професійних шкіл соціальної роботи, а згодом – Рада із навчання соціальній роботі.

Таким чином, сфера соціальної роботи поступово розширювалася, одночасно збагачувався арсенал її методів. Це призводило до певної фрагментації діяльності, оскільки на перший план виступала специфіка роботи з певними групами клієнтів у певній ситуації. Зовнішні рамки теж виявилися доволі розмитими. Назріла потреба в уточненні основних понять, виявленні осердя діяльності, яке зберігається в її різноманітних формах, у з'ясуванні її зовнішніх та внутрішніх меж.

Засвоєння емпіричного методу, який використовували у природничих науках, став стимулом для соціальних наук і представників нового фаху, які прагнули не називати себе

філантропами, а дотримуватися певних наукових підходів.

Американка **Мері Річмонд** (1861-1928) належить до перших прибічників вжитку логічних, „доказових” методів для допомоги іншим. 1887 року вона очолила одну з професійних благодійних організацій у Буффало. Ідейною основою цього руху стало визнання того, що причина бідності й соціальних проблем людини полягає в ній самій, і працювати необхідно з нею. Вона написала низку книг із теорії соціальної роботи, що стали посібниками для навчальних закладів США і Європи, в яких готували соціальних працівників. Наукове обґрунтування методів соціальної діяльності представлено в її книзі «Дружній візит до бідняків: керівництво для працюючих в благодійних організаціях» (1899). Індивідуальний метод соціальної роботи вона розробила в публікації «Соціальні діагнози» (1917) та «Що таке соціальна індивідуальна робота?» (1922). З її ініціативи 1898 року в США відкрито першу національну школу прикладної філантропії (сьогодні - факультет соціальної роботи Колумбійського університету).

Мері Річмонд – фундатор методу case-work (індивідуальної соціальної допомоги), запропонованого нею 1908 року. Цей метод полягає в визначенні індивідуального діагнозу з оцінкою оточення бідняка, котрий стає „клієнтом”. Для того, щоб встановити такий „соціальний діагноз”, потрібно проникнути в душу бідняка, однак потрібні ще й офіційні документи. Замість того, щоб вчити людей складними формулюванням їхніх же проблем, увагу звертали на допомогу людям прийняти власні сильні сторони. Мері Річмонд вважала, що індивіди мають власні цілі й волю, вони не прилаштовані відігравати пасивну роль у цьому світі, й тому завдання соціальних працівників полягає у пошуку ресурсів усередині самої людини. Завдяки її зусиллям та зусиллям інших увагу стали зосереджувати не на моралізаторстві, а на виробленні раціональної стратегії втручання.

Розвиток цього напрямку професійної діяльності у 1930-х роках посилювався становленням психоаналітичної теорії як основи для визначення проблем людини. Школа діагнозу пов’язує таким чином соціальні проблеми з пороками індивідуальних відхилень, які детально описані Зигмундом Фрейдом. Досить швидко детерміністські перегини діагностичної соціальної роботи були обговорені й виправлені. Разом із тим частина американських вчених висловлює критичні думки стосовно наслідків доручення соціальної до психоаналізу, вважаючи, що це призвело до орієнтації на медичну модель допомоги.

Альтернативний фаховий підхід виходить із того, причини соціальних проблем полягають не у внутрішньому світі людини, а суспільстві і пов’язані із процесами суспільних перетворень.

Представниця цього підходу **Джейн Адамс** (1860-1935) брала участь у діяльності

професійної благодійної організації — Гільдії сусідів (поселенців), заснованої 1886 року в Нью-Йорку. Ключова ідея руху поселенців полягала у визнанні того, що бідність і нещастя людей обумовлені соціальним середовищем, яке необхідно змінювати. Разом з іншими волонтерами, що дотримувались цих ідей, Адамс жила в кварталах бідняків. Учасники Руху поселенців пов'язували свою діяльність з науковими центрами, намагаючись через контакти з багатьма вченими в галузі соціальних наук закласти теоретичну основу своєї практичної діяльності. Завдяки цим намаганням була створена Чиказька школа громадянства і філантропії.

Здобуваючи в Європі освіту після закінчення жіночого медичного коледжу у Філадельфії, вона взяла участь у роботі притулку Тойнбі у Лондоні - першому закладі, який надавав соціальну допомогу бездомним людям, розгортаючи в рамках своєї програми діяльність дитячих клубів, дитсадків, бібліотек, їдалень, художніх галерей, бюро з працевлаштування, класів музики, вивчення мов, танців, малювання тощо. Джейн Адамс відкрила аналогічний притулок у Чикаго (Халл Хауз), який став своєрідною моделлю для поширення подібного досвіду соціальної роботи. Багаторічні зусилля Джейн Адамс щодо покращення соціального становища різних маргінальних груп США зробили її відомою, і вона обиралась президентом багатьох громадських організацій.

Ще однією фундаторкою фахової соціальної роботи вважають **Алісе Саломон** (1872-1948), котра мала досвід практичної роботи в різних сферах соціальної допомоги, зокрема брала участь у різноманітних міжнародних проектах. 1899 року вона очолила річні жіночі курси підготовки спеціалістів для роботи у сфері соціального обслуговування. Значне місце в її діяльності посідали питання якості навчання. Вона відстоювала необхідність належної практики, а також широкої програми підготовки соціальних працівників, яка б передбачала вивчення дисциплін психологічного, медичного, педагогічного і правового спрямування. Після створення 1925 року Німецької академії жіночої соціальної і педагогічної роботи Алісе Саломон спільно із соратницями працювала над науковими дослідженнями у сфері соціальної роботи, підготовкою викладацьких та керівних кадрів, підвищенням їх кваліфікації. Як експерт з питань освіти, вона була одним з організаторів Міжнародної конференції з проблем соціальної роботи, яка відбулася 1928 року в Парижі і зібрала майже п'ять тисяч учасників.

Отже, для США і для більшості європейських країн, особливо Великобританії, Нідерландів, Німеччини, властивим було протиборство різних концепцій і поглядів, ці ідеологічні конфлікти утруднювали процес становлення соціальної роботи. Для кінця ХІХ — початку ХХ ст. характерним було й те, що на формування поглядів практиків

соціальної роботи впливав не тільки психоаналіз, а відразу кілька теорій: структуралізм, феноменологія, марксизм, позитивізм, які лягли в основу наукового обґрунтування соціальної роботи.

Соціальна робота поширювалась не тільки в США чи європейських країнах. 1920 року в Чилі відкрилася перша у Латинській Америці школа соціальної роботи, 1936 року було засновано Інститут соціальних наук в Індії, в цей же час організовують курси із соціальної роботи в Єгипті.

### ***1.2.3. Історія фахової соціальної роботи в Україні***

Частина фахівців вважає, що однією з особливостей генезис соціальної роботи в Україні є те, що її професійний і науковий розвиток було перервано. А вже на початку ХХ століття намітився перехід від благодійності до професіоналізму, виникли перші навчальні заклади для жінок, які готували до такої діяльності. Фактично у Російській імперії повторювався, як відзначає російський дослідник Олександр Соловйов, процес, властивий Великобританії та США.

Після Жовтневої революції всі сфери суспільного життя потрапили під суворий державний контроль. Так, 1919 року Раднарком УРСР видав декрет про націоналізацію всіх добродійних установ, які до того моменту перебували у віданні приватних осіб або добродійних товариств. Відповідно до цього декрету Наркомсоцзабезу УРСР і його місцевим органам передавалися приватні і суспільні установи. До 1941 року в системі Наркомсоцзабезу УРСР нараховувалося 154 будинки-інтернати для літніх та інвалідів, 22 дитячих будинки-інтернати. Проте ці стаціонарні заклади важко віднести до сфери соціальної роботи, адже вони створювалися за відмінними від прийнятими у фаховій соціальній роботі принципами.

Соціальна робота як фах „розчинилася в діяльності чотирьох відомств – освіти, охорони здоров'я, соціального забезпечення та внутрішніх справ. Деякі подібні функції брали на себе партійні, комсомольські та профспілкові організації. Проте вся система цієї роботи була побудована за відомчим й бюрократичним принципом, що в багатьох випадках знизило її результативність”. Вважалося, що соціалістичні відносини призведуть до повного вирішення таких проблем, як злочинність алкоголізм, психічні захворювання, бідність та злидні. Турбота про матеріальний добробут здійснювалась завдяки державному централізованому регулюванню зайнятості, заробітної платні, житлового забезпечення, освіти та охорони здоров'я. Це дало підстави для твердження, що в Україні інститут соціальної роботи „реалізовував колективні функції захисту”.

Фактично єдиною недержавною організацією, що надавала соціальні послуги, було Українське Товариство Червоного Хреста, створене на з'їзді, що відбувся 15-18 квітня 1918 р. в приміщенні Маріїнської общини. У його роботі взяли участь представники Союзу міст і медико-санітарних організацій Союзу земств. Маріїнсько-Благовіщенську громаду не випадково було обрано для з'їзду, бо вона вирізнялася з-поміж інших активною діяльністю. При ній у 1877 р. було створено перші в Україні курси сестер милосердя, збудовано благодійну амбулаторію, лікарню, аптеку. Новостворене товариство звернулося до уряду з проханням передати під його юрисдикцію майно установ Російського Червоного Хреста на території республіки. До функцій товариства входили допомога біженцям, інвалідам, дітям-сиротам, військовополоненим, боротьба з тифом та іншими масовими інфекціями, створення шпиталів, пунктів харчування, санітарна освіта серед населення. Під час голоду 1921-1923 рр. воно організувало сотні безкоштовних їдалень, видало селянам мільйони продовольчих пайків. Протягом 1920-х років було створено багато будинків для безпритульних, протиепідемічних диспансерів, амбулаторій. За кошти Українського Товариства Червоного Хреста працювали 119 медичних, 206 профілактичних і дитячих закладів. Було відкрито 400 аптек і магазинів санітарії.

У роки Другої світової війни та у повоєнний час Товариство Червоного Хреста спільно із санітарними установами та медичною громадськістю підтримувало мережу лікувальних закладів, лазень, їдалень, реабілітаційних закладів, здійснювало профілактичну роботу, пропагувало санітарну культуру. У перші повоєнні роки сандружини Червоного Хреста взяли шефство над ветеранами-інвалідами, матерями загиблих, солдатськими вдовами — допомагали їм у господарстві, забезпечували продуктами, здійснювали медичне обслуговування, підтримували морально.

За висновками дослідників, за радянських часів система соціальної допомоги була віддана на відкуп чиновникам, і соціальні проблеми людей або не вирішувались, або ігнорувалися з ідеологічних міркувань, а державна система соціальної допомоги, створена за відсутності благодійних організацій, обмежувалась рамками соціального забезпечення, яка надавала мінімум соціальних гарантій.

Ця радянська система соціального забезпечення, фінансована із державного бюджету, була далекою від ідеальної. Вона була безадресною й ґрунтувалася на патерналістичній моделі. Тимчасом педагоги у школах, лікарі в медичних закладах займалися невласливими їм функціями, які в багатьох країнах традиційно відносять до компетенції соціальних працівників. Люди похилого віку та інваліди або опинялися в великому будинку-інтернаті, які мали переважно медичну орієнтацію, або доглядалися

родичами, тривалий час перебуваючи в госпіталях або психіатричних лікарнях, людей із залежністю від психоактивних речовин відправляли на примусове лікування. Соціальні стаціонарні заклади не мали професійно підготовлених соціальних працівників. Замість науково-теоретичного підґрунтя система соціального захисту послугоувалася урядовими постановами та партійними документами, котрі й визначали ті типи клієнтів, що потребують допомоги.

Ситуація в соціальній сфері почала змінюватися у 1980-ті роки.

По-перше, виникали нові державні соціальні служби, призначені для надання послуг за місцем проживання. Так, 1985 року Міністерство соціального забезпечення УРСР видало наказ про проведення експерименту з соціально-побутового обслуговування самотніх непрацездатних престарілих громадян, які потребують термінового стороннього догляду та допомоги в домашніх умовах будинками-інтернатами п'яти областей (Вінницької, Дніпропетровської, Донецької, Запорізької, Львівської та м. Києва). Тоді створили 10 спеціалізованих служб, для них виділили штат соціальних працівників, розробили посадові інструкції, необхідні форми для обліку та звітності, провели підготовку кадрів, затвердили тимчасове положення про організацію надомного обслуговування. Експеримент засвідчив, що спеціалізовані служби повністю себе виправдали і їх утримання обійшлося для держави в 10 разів дешевше, ніж утримання самотніх пенсіонерів у будинку-інтернаті. 1987 року затверджено Типові положення про територіальний центр соціального обслуговування пенсіонерів та відділення соціальної допомоги вдома. Того ж року в Україні взято на облік 186 тисяч самотніх непрацездатних громадян, котрі потребували стороннього догляду та допомоги в домашніх умовах. У державному класифікаторі професій виник новий запис – „соціальний робітник”, як робітнича посада, котра не потребує особливих умінь і навичок (низько кваліфікована праця). Звісно, що на той час було відсутнє розуміння соціального працівника як людини, котра має високий рівень знань щодо запобігання, зменшення та усунення соціальних проблем.

По-друге, у 1980-х роках розпочалося погіршення матеріального становища значної частини населення країни. А як відомо потреба в соціальній роботі зростає саме під час соціальних і економічних криз, бо в таких умовах з'являється чимало людей, котрі не можуть обійтися без захисту й допомоги з боку інших членів суспільства. З початком перебудови й політики гласності стало відомо про соціальні проблеми, які накопичились у суспільстві. Разом із тим розпочалося проникнення із Заходу інформації щодо концепції соціальної роботи як важливого інституту громадянського суспільства, посилення уваги



до соціально-психологічних проблем і відповідних методів їхнього розв'язання.

Розпад Радянського Союзу й розвал державної економіки призвели до подальшого різкого зниження рівня життя населення, виникнення дефіциту товарів та продуктів харчування, появи нових соціальних проблем – безробіття, бездомності, біженства тощо.

Проголошення незалежності України поставило перед новою державою проблему реформування грошово-компенсаційної системи соціального забезпечення, створення дієвої моделі соціального захисту та розвитку громадянського суспільства. Проте першочерговими завданнями було визначено економічні реформи. На думку фахівців, одна з головних причин "пробуксовки" цих реформ полягає в недооцінюванні важливості розвитку соціальної сфери і одного із головних її інструментів — професійної соціальної роботи, котра є засобом реалізації соціальної політики держави, який орієнтований не тільки на поліпшення матеріального добробуту нужденних, але й на розширення їхньої соціальної взаємодії, на пристосування до життєвих реалій, сприяння активній ролі у суспільстві.

У 1990-х в Україні почали активно створювати різного роду державні соціальні служби: територіальні центри з обслуговування самотніх людей похилого віку та інвалідів виникли практично в кожному районі. Так само набули поширення соціальні служби для молоді, які попервах (а почасти – в силу специфіки клієнтів – роблять це донині) демонстрували в своїй діяльності орієнтацію на соціальну педагогіку й масову роботу. Практично ніхто зі співробітників цих соціальних служб до останніх років мав ґрунтовну фахову освіту соціального працівника.

Відроджується благодійність і волонтерство. Відбувається й розвиток громадських організацій та груп самопомоги: створюються клуби й денні центри для дітей інвалідів та їхніх батьків, людей із проблемами психічного здоров'я, наркозалежних та їхніх рідних тощо. Ці недержавні утворення потребують порад фахівців щодо організації колекційної, адаптаційної роботи. Середині 1990-х властива тенденція до створення недержавних соціальних служб у громадах (прикладом можуть слугувати хеседи, котрі обслуговують людей літнього віку в єврейських громадах, а також київська організація „Джерела”, котра просуває ідею догляду в громаді для людей із розумовою відсталістю).

Отже, в незалежній Україні виникла об'єктивна необхідність у підготовці соціальних працівників. Офіційне введення її як навчальної дисципліни припадає на весну 1991 року й пов'язане з діяльністю Тимчасового науково-дослідницького колективу (ТНДК) "Школа — мікрорайон" (створеного 1989 року Академією педагогічних наук і Державним комітетом народної освіти СРСР). Спеціальний факультет перепідготовки соціальних

педагогів і працівників відкрито 1992 року в Донецькому університеті.

1993 року розпочалася робота з відкриття нової спеціальності в Національному університеті „Києво-Могилянська академія”, керівники навчального закладу брали участь у міжнародних семінарах, де вони мали змогу ознайомитися з ключовими ідеями соціальної роботи. Одночасно в Україні діяла програма „Трансформація гуманітарної освіти в Україні”, впроваджуваний Міжнародним фондом „Відродження”.

Важливу роль у розвитку соціальної роботи як навчальної дисципліни та науки відіграв україно-британо-португальський проект ТЕМПУС-ТАСІС „Соціальна робота в Україні”. Завдяки гранту Європейського Союзу до Школи соціальної роботи Києво-Могилянської академії, офіційно створеної у вересні 1994 року й очолюваної Володимиром Полтавцем, приїхали відомі закордонні фахівці (Шуламїт Рамон, Стівен Шардоу, Фернанда Родрігес та ін.), які викладали студентам і ділилися досвідом з українськими колегами, проводилися міжнародні науково-практичні конференції, відбувалося стажування студентів і викладачів за кордоном. Оскільки проект було підтримано на урядовому рівні, це дозволило ввести нову спеціальність в перелік Міністерства освіти і таким чином „легалізувати” соціальну роботу як навчальну дисципліну.

Загалом, варто відзначити активність західних фондів-донорів, котрі прагнули якнайактивніше стверджувати фахові підходи в соціальній сфері. Так, україно-фінсько-голландський проект ТАСІС Європейського Союзу „Соціальний захист в Україні”, який реалізовувався в 1996-1998 роках на базі Міністерства праці та соціальної політики, серед своїх численних компонентів передбачав і розвиток освіти в соціальній сфері. У його рамках діяла робоча група (та відбувалась розробка програми для підготовки фахівців у Чернігівському юридичному коледжі, де ввели нову спеціальність із соціальної роботи: 1997 року – на рівні молодшого спеціаліста, а вже згодом, 1999 року, - на рівні бакалавра. Цей же проект підтримував розвиток післядипломної освіти – курсів підвищення кваліфікації для керівного складу системи соціального захисту, для чого у Харківській філії Академії державного управління при Президенті України створено відповідну програму з менеджменту соціального захисту.

У 1997-2000 роках діяв в Україні й україно-шведський проект, спрямований на створення моделі підготовки соціальних працівників базового рівня (пілотні курси було проведено в кількох областях України, а підсумком проекту стало видання навчального посібника „Введення у соціальну роботу”).

Таким чином в Україні спробували створити кількарівневу систему підготовки

соціальних працівників. Але за відсутності національної фахової громадської організації, яка б опікувалась питаннями стандартів освіти, зміст навчання соціальній роботі у різних закладах суттєво варіюється. Певну координуючу роль у процесі об'єднання зусиль українських викладачів соціальної роботи відіграв україно-британо-бельгійський проект ТЕМПУС-ТАСІС щодо створення мережі навчальних закладів, які готують соціальних працівників, що впроваджувався на базі кафедри соціальної роботи Ужгородського державного університету. Чимало зусиль до підвищення кваліфікації та згуртування українських викладачів докладали й проекти, реалізовані Дитячим християнським фондом, у співпраці з різними міжнародними організаціям.

Організацію навчання супроводжувала поява першої україномовної фахової літератури: підручників, посібників, монографій, а також наукових і науково-популярних періодичних видань. Так, з 1997 року виходить журнал „Соціальна політика і соціальна робота”, згодом з'явився журнал „Практична психологія і соціальна робота”. Продовжують виходити відомчі видання Міністерство праці та соціальної політики України, які мають багаторічну історію, як-от: „Україна: аспекти праці”, „Охорона праці”, „Соціальний захист”, а також виникають нові, наприклад, журнал „Соціальна робота в Україні: теорія і практика” (Державний центр соціальних служб для молоді) побачив світ наприкінці 2002 року.

Правове й законодавче закріплення соціальної роботи як фаху в Україні відбулося завдяки ухваленню нових законів – „Про соціальну роботу з дітьми та молоддю” (2001 рік), „Про соціальні послуги” (2003 рік), внесенню відповідних посад до державного класифікатора професій. Розроблюються стандарти надання соціальних послуг.

Позитивним моментом є ухвалення наприкінці 2003 року Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України. Проте він ще має бути засвоєний широким загалом соціальних працівників, потрібні й механізми, які регулюватимуть питання дотримання етичних норм.

Таким чином соціальна робота в Україні перебуває в Україні на етапі становлення, як і вся система соціальних служб, правове забезпечення соціальних гарантій та громадянське суспільство, частиною якого є цей вид практичної діяльності.

1. Соціальна робота як професія спирається на давні традиції благодійності, суспільної допомоги й суспільного контролю. У передісторії соціальної роботи визначають кілька етапів: первіснообщинні і родові форм суспільної допомоги; церковно-монастирська допомога; зародження державних і громадських підходів; наукова-філантропія.

2. Соціальна робота належить до відносно нового різновиду практичної діяльності допомагаючого типу. Професіоналізація соціальної роботи відбувається в кілька етапів: перетворення діяльності в основне заняття для цілої групи людей; організація спеціальних навчальних закладів; формування професійної асоціації; політична кампанія щодо надання професійній асоціації офіційних повноважень; розробка і затвердження етичного кодексу професії.

3. Першими країнами, де соціальна робота оформилась як особливий вид діяльності, а згодом була поставлена на професійну основу, вважають Великобританію та США. Перший навчальний заклад із соціальної роботи створили 1899 року голландські соціальні реформатори. До фундаторів соціальної роботи відносять Мері Річмонд, Джейн Адамс, Алісе Саломон, котрі зробили значний внесок у становлення наукових та навчальних аспектів соціальної роботи.

4. В Україні, яка мала давні традиції благодійності й де за радянських часів було створено патерналістську систему соціального захисту, триває становлення соціальної роботи як фаху, науки на навчальній дисципліні, відбувається адаптація закордонних методик до українських умов. Як самостійний вид діяльності соціальна робота утвердилася нещодавно – у середині 1990-х років.

### **Запитання для самоперевірки**

1. Розкрийте сутність благодійності за часів Київської русі.
2. У чому полягає особливість добродійної діяльності козаків Січі?
3. У чому полягала роль громадськості у суспільній допомозі на селі?
4. Що передбачає професіоналізація соціальної роботи?
5. З чим пов'язують науковці зародження соціальної роботи як фаху?
6. Порівняйте підходи, запропоновані Мері Річмонд, Джейн Адамс, Алісе Саломон.
7. У чому полягає своєрідність становлення соціальної роботи як фаху в Україні?
8. У чому Ви бачите перспективу розвитку в нашій країні соціальної роботи як фаху, науки та навчальної дисципліни?

### **Література:**

1. Вступ до соціальної роботи / За ред. Семигіної Т.В., Миговича І.І. – К.: Академвидав, 2005.
2. Добродійність в Україні: минуле, сучасне, майбутнє. – К: Гурт, 1998.
3. Козлов А.А. Социальная работа за рубежом. Сб. научн. очерков. – М.: Флинта, 1988.
4. Колков В.В., Студенова Е.Г. Основоположники социальной работы за рубежом // Российская энциклопедия социальной работы. В 2-х т. Т. 2. – М.: Ин-т социальной работы, 1997.
5. Лоренц У. Социальная работа в изменяющейся Европе. – К.-Амстердам: Ассоциация психатров Украины, 1997.
6. Лукашевич М.П., Мигович І.І. Теорія та методи соціальної роботи. – К.: МАУП, 2002.
7. Милосердие: Уч. пособие / Под ред. М.П. Мчделова. – М.: РОССПЭН, 1998.
8. Попович Г. Соціальна робота в Україні та за рубежом. – Ужгород: Гражда, 2000.
9. Соловьев А. Процесс рождения новых профессий: социальная работа в США, Великобритании и России //Взаимосвязь социальной работы и социальной политики / Под ред. Ш. Рамон. – М.: Аспект Пресс, 1997.
10. Соціальна робота. У 3-х ч. – Ч.1. Основи соціальної роботи / За ред. Семигіної Т.В., Григи І.М. – К.: Вид. дім „Кієво-Могилянська академія”, 2004.
11. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник. - К.: УДЦССМ, 2002.
12. Фирсов М.В. Введение в теоретические основы социальной работы (историко-понятийный аспект). — М.: Ин-т практической психологии, Воронеж: МОДЭК, 1997.
13. Шанин Т. Социальная работа как культурный феномен современности //Взаимосвязь социальной работы и социальной политики / Под ред. Ш. Рамон. – М.: Аспект Пресс, 1997.

### **1.3. Відносини між соціальними працівниками і клієнтами**

#### ***1.3.1. Професійні вимоги до соціального працівника***

Як і в будь-якій сфері діяльності, професіоналізм як високий стандарт спрямованої діяльності виражається передусім у стабільності і результативності та пов'язаний з індивідуальним стилем. Дослідники цієї проблеми стосовно соціальної роботи виділяють **показники професіоналізму** особистості і діяльності соціального працівника.

Перш за все, це показники об'єктивного і суб'єктивного характеру. Об'єктивні

показники визначаються тим, як людина відповідає вимогам професії, її вкладом в соціальну практику, як вона – фахівець, розв’язує проблеми клієнта, надає допомогу різним групам населення. Важливим об’єктивним критерієм є також рівень фахових знань і вміння, які сприяють здійсненню активного посередництва між клієнтом і державними структурами, дозволяють йому певною мірою виконувати роль організатора, координатора, технолога соціального захисту клієнта, впливати на соціальну політику в регіоні і суспільстві в цілому, вміти її аналізувати і прогнозувати.

У цілому результативними критеріями ефективності діяльності соціального працівника дослідники вважають:

- аналіз стану проблем клієнтів і результатів їх розв’язання;
- динаміка включення клієнта в різні види соціальної діяльності;
- результати включення дорослого населення в діяльність з поліпшення соціальних умов;
- оцінка соціально-психологічної обставин у соціумі;
- рівень професійного росту соціального працівника як спеціаліста.

Виділяють також групу процесуальних показників (використання працівником для досягнення певних результатів сучасних методів, прийомів, технологій); нормативно-етичних показників (засвоєння соціальним працівником норм, стандартів, принципів, еталонів професії, вміння на практиці дотримуватися еталонів професії на рівні майстерності); показники професійного навчання (прагнення до навчання, підвищення рівня кваліфікації, готовність ним вивчати фахові теоретичні і методичні аспекти, обмінюватися досвідом з колегами; показники інноваційного характеру (новаторство, індивідуальність, творчість у застосуванні різних методів і прийомів, які відповідають вимогам часу і конкретній ситуації).

У соціальній роботі прийнято виділяти **критерії компетентності соціальних працівників загального профілю**, які виразно окреслюють очікування від практиків соціальної роботи та зміст їхньої діяльності. **До таких критеріїв відносять здатність працівника:**

1) виявляти та оцінювати ситуацію, коди вимагається розпочати, посилити, відновити, захистити чи довести до логічного завершення стосунки між людьми або соціальними інститутами;

2) оцінювати проблему, поставлену мету і способи її досягнення, вміти розробити план дій, який сприяє відновленню або розвитку життєвих ресурсів і благополуччя людини;

3) стимулювати індивіда до розв'язання проблем, уникнення стресів, здатності розвитку;

4) бути посередником між клієнтами та організаціями, структурами, що забезпечують людей ресурсами, послугами і можливостями;

5) ефективно втручатися у процес розв'язання проблем найбільш дискримінованих і вразливих груп населення;

6) сприяти ефективному і гуманному функціонуванню систем, організацій, які забезпечують людей послугами, ресурсами і можливостями;

7) брати активну участь у створенні нових систем послуг, ресурсів і можливостей, враховуючи запити споживачів послуг, прагнути нейтралізувати ті організації, які стали перешкодою для споживачів послуг;

8) оцінювати ступінь втручання і досягнутих змін;

9) постійно оцінювати свій професійний рівень і розвиток шляхом аналізу поведінки набутих навичок;

10) сприяти вдосконаленню послуг, розвиваючи базу професійних знань і підтримуючи стандарти та етичні норми професії.

У соціальній роботі, як і в інших видах діяльності, неодмінним є принцип дотримання пріоритетів практики, визнання необхідності вивчення теорії з усвідомленням того, що критерієм істини є практика. Практична реалізація своїх ідей, вивчення теорії відбувається не лише з метою розуміння, а й для застосування її узагальнень на практиці. Інколи соціальний працівник може переоцінювати власні суб'єктивні уявлення та установки щодо потреб клієнта, його ресурсів та можливостей розвитку ("Я краще знаю, що саме потрібне клієнтові"), рекомендувати йому не те, що потрібне клієнту, а те, що фахівець вважає правильним, корисним для клієнта. А це вважається непрофесійним підходом.

Соціальний працівник повинен навчитися виразно розрізняти, що потрібно клієнтові, та обирати потрібний різновид допомоги: надати інформацію чи пораду, знайти ресурси, надати душевну підтримку тощо.

Здійснення всієї практичної діяльності соціальних працівників як вітчизняними, так і зарубіжними вченими можна розглядати в руслі п'яти контекстів: географічного, політичного, соціально-економічного, культурного і духовного.

Географічний контекст визначає кордони проведення соціальної роботи (агентство, регіон, нація, держава). Окреслюючи політичний контекст, підкреслимо перш за все наявність у країні певного суспільного ладу, який визначає систему, створює необхідні

умови для проведення практичної діяльності. Соціально-економічні чинники обумовлюють адекватні життєві засоби, умови для роботи, запобігання поширенню хвороб, створення умов для освіти, соціального забезпечення і захисту, одержання соціальних послуг і підтримки. Культурний і духовний контексти вимагають від соціального працівника поваги до віри, культурних традицій як окремих особистостей, так і сім'ї, громад і націй, врахування соціальних цінностей суспільства, філософсько-політичних переконань, етики, ідеалів людей, з якими доводиться спілкуватися фахівцю.

Наголосимо також на важливості індивідуальних якостей соціального працівника. Серед них виділимо насамперед такі, як гуманістична спрямованість, особиста і соціальна відповідальність, загострене відчуття добра і справедливості, власна гідність і повага до гідності іншої людини, терпеливість, ввічливість, порядність, емпатичність, готовність зрозуміти клієнта і прийти йому на допомогу, щирість, соціальна адаптованість.

На думку науковців, особистісні якості соціального працівника можна поділити на три групи:

- 1) психофізіологічні характеристики, в яких залежать здібності до даного виду діяльності;
- 2) психологічні якості, що характеризують соціального працівника як особистість;
- 3) психолого-педагогічні якості, від яких залежить ефект особистої привабливості.

Якості першої групи, що відбивають психічні процеси (сприйняття, пам'ять, уява, мислення), психічні стани (втома, апатія, стрес, тривожність, депресія), увагу як стан свідомості, емоційні та вольові прояви (стриманість, індіферентність, наполегливість, послідовність, імпульсивність) повинні відповідати вимогам, що висуваються до фахової діяльності соціальних працівників. Деякі з цих психологічних вимог є базовими, без них взагалі неможлива якісна діяльність. Інші відіграють, на перший погляд, другорядну роль. Якщо хтось із соціальних працівників не відповідає психологічним вимогам, висунутим фахом, то негативні наслідки такої невідповідності можуть виявитися не так вже й швидко, проте за неблагополучних умов вони неминучі.

Психологічна невідповідність вимогам професії особливо сильно виявляється у складних ситуаціях, коли потрібна мобілізація всіх особистих ресурсів для розв'язання складної, найчастіше незвичайної ситуації. Наприклад, допомагаючи людям похилого віку соціальний працівник може зіткнутися з необхідністю долати конфліктні ситуації у стосунках. Замість того, щоб загострювати конфлікт, наполягати на власному баченні ситуації, необхідно:

- розмовляти тільки про факт розбіжностей,



- не переходити на особистості, не давати оцінок людині,
- не говорити образливих слів, виразів,
- намагатися, аби мова була переконливою, аргументованою, оперувати фактами.

Якщо літня людина надто схвильована, необхідно будь що стриматися й запропонувати відкласти розв'язання конфліктної ситуації.

До другої групи якостей належать такі психологічні характеристики, як самоконтроль, самокритичність, самооцінка власних вчинків, а також стресовитривалість – фізична тренованість, самонавіювання, вміння переключатися та управляти власними емоціями. Такі якості допомагають уникнути професійних стресів та здійснювати самоменеджмент, який передбачає послідовне й цілеспрямоване використання ефективних методів та технологій самореалізації та саморозвитку творчого потенціалу.

Скажімо, працівники в громаді за характером своєї роботи повинні бути здатними брати ініціативу на себе, діяти в умовах ризику, впроваджувати нововведення. Тому вони повинні вміти висувати нові ідеї, працювати самостійно, створювати власну мережу підтримки, розв'язувати конфлікти в громаді та між громадою й місцевою владою.

До третьої групи якостей належать: комунікабельність (вміння швидко налагоджувати контакт з людьми); емпатійність (вловлювання настрою людей, виявлення їхніх установок і очікувань, співпереживання потребам); аттрактивність (зовнішня привабливість особистості); красномовність (вміння навіювати та переконувати) тощо.

У формуванні якостей, потрібних соціальним працівникам для успішного виконання своїх обов'язків та спілкування з клієнтами, суттєву роль відіграють як природні дані, так і прагнення до самовизначення, самоутвердження, бажання вчитися, ціннісні орієнтації і вольові зусилля людини, яка обрала професію соціального працівника.

Отже, аби не зачепити клієнта, соціальний працівник повинен контролювати власні безпосередні реакції, не давати волі емоціям, насамперед негативним, як-от роздратування, нетерплячість, гидливість, протест. Фахівець повинен постійно стежити за власним тоном, який має бути серйозним, уважним, спокійним, доброзичливим. Соціальний працівник повинен пам'ятати, що його настрій та особисті проблеми можуть позначитися на клієнтові. Так, працівник, можливо, втомився, погано себе почуває, не виспався, але співрозмовник може вирішити, ніби той втомився від клієнта, бесіди з ним або сердиться на нього.

Клієнт повинен відчувати, що соціальний працівник виявляє увагу до його проблем, входить у становище. Обов'язковою умовою є налагодження контакту, довіри, співпраці між соціальним працівником і клієнтом. Звичайно, що в соціальній роботі потрібне

дотримання професійної етики, зокрема, збереження таємниці бесіди.

Безперечним є той факт, що соціальний працівник має справляти добре враження як зовнішнім виглядом, так і створенням умов для поліпшення самопочуття інших людей. Через специфіку своєї професії йому доводиться вступати у взаємовідносини з представниками різних соціальних груп і професій, здійснювати вплив на інших. Тому соціальний працівник повинен дбати про позитивне ставлення до нього та про те, щоб бути зрозумілим. На індивідуальне ставлення до конкретного фахівця опосередковано впливає суспільний престиж професії, тобто громадська думка стосовно фаху та його представників.

Як відомо, соціальна робота належить до важких у фізичному та психологічному плані професій, соціальні працівники мають справу з складними та сумними сторонами людського життя. Таку роботу супроводжує надмірна втрата психічної енергії, що призводить до втоми й емоційного виснаження. Процес соціальної роботи не завжди буває успішним та результативним, працівники зазнають невдач, переживають розчарування, набувають негативного досвіду.

Не кожна людина придатна для соціальної роботи; визначальним чинником є система цінностей кандидата, яка врешті-решт визначає його професійну придатність і ефективність практичної діяльності. Уявлення щодо абсолютної цінності кожної людини перетворюється з філософського поняття на категорію базисної психологічної установки як підґрунтя ціннісної орієнтації індивіда. Чимало з тих, хто прагне стати спеціалістом у цій галузі, можуть виявити вагомий розходження між власними установками та системою цінностей соціальної роботи як фаху. В такому випадку людині доводиться присвятити себе іншій діяльності.

### ***1.3.2. Професійні ролі соціальних працівників***

У своїй роботі з окремих клієнтами, сім'ями та невеликими групами, організаціями і громадами соціальні працівники виконують цілу низку ролей.

Роль можна визначити як модель поведінки, детерміновану фаховою культурою, або як робочу функцію, що передбачає застосування певного підходу, або як низку завдань, виконання яких очікують від працівників. Вона залежить від рівня, на якому діє соціальний працівник (мікро-, мезо- чи макрорівень), теоретичного підґрунтя та моделі роботи. Структура професійної ролі може також визначатися нормативними обов'язками та відповідальностями, які окреслюють статус та посаду працівника, і формують стиль поведінки, яка відповідає певній соціальній ситуації.

На рольовий репертуар соціальних працівників також впливають встановлені у межах кожної країни стандарти й вимоги до таких спеціалістів.

У літературі по-різному описують та класифікують ролі соціальних працівників. В американській “Енциклопедії соціальної роботи” описано понад 20 різновидів таких ролей. В українській та російській літературі прийнято здебільшого говорити не про ролі, а про функції соціальних працівників. Досить часто виділяють такі функції, як:

1) діагностична (оцінювальна) – вивчення, аналіз та оцінка життєвого поля клієнта (індивіда, групи, громади), оцінка результатів, досягнутих у процесі роботи;

2) прогностична – розробка плану розв’язання проблеми;

3) організаторська – діяльність соціального працівника з забезпечення взаємодії всіх учасників та установ, задіяних до роботи з клієнтом;

4) комунікативна – встановлення, продовження й припинення необхідних професійних контактів, обмін інформацією;

5) правозахисна – використання законів та правових норм для захисту прав і інтересів клієнтів;

5) превентивна – запобігання виникненню життєвих колізій у окремих індивідів і груп ризику;

6) коригуюча – конструктивні зміни в соціумі та системі життєзабезпечення людини;

7) соціально-економічна – задоволення матеріальних інтересів і потреб бідних клієнтів, а також інші функції.

Проте така класифікація більше описує можливі професійні обов’язки соціальних працівників і напрями, вона не бере до уваги модель поведінки соціального працівника по відношенню до клієнта, колег по роботі й ширшого суспільства. Ґрунтовний аналіз рольового репертуару соціальних працівників можна знайти у працях українського фахівця В. Сидорова, котрий виділяє шість груп ролей:

- практичні,
- посередницькі,
- управлінські,
- дослідницькі,
- сервісні,
- латентні (приховані).

Усі ролі взаємопов’язані між собою. При наданні соціальних послуг, соціальний працівник може інтегрувати ці ролі, тобто одночасно виконувати кілька ролей; ролі можуть включати в себе додаткові ролі та функції.

Якщо орієнтуватися на головні цілі практики соціальної роботи, визначені Національною Асоціацією соціальних працівників США, то можна розподілити ролі працівників на чотири групи (див. табл. 1).

**Таблиця.1**

*Ролі соціальних працівників*

<b>Мета діяльності</b>	<b>Ролі</b>
1. Підвищувати здатність клієнта до розвитку, до вирішення проблем та здатність справлятися з труднощами.	<p><b>Практичні</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– фасилітатор та заохочувач</li> <li>– всі терапевтичні ролі - консультант/консультант-клініцист, терапевт групи, сім'ї;</li> <li>– тренер/вчитель соціальних навичок</li> </ul>
2. Зв'язувати клієнтів з системами, які надають ресурси, послуги та можливості.	<p><b>Посередницькі</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– керівник (управляючий) випадку</li> <li>– брокер соціальних послуг</li> <li>– захисник прав та інтересів клієнта (представництво)</li> </ul>
3. Просувати ефективну та гуманну діяльності систем, які забезпечують ресурси та послуги.	<p><b>Адміністративні</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– консультант, експерт соціальних служб</li> <li>– координатор</li> <li>– керівник (супервізор).</li> </ul>
4. Розвиток та удосконалення соціальної політики.	<p><b>Пов'язані з аналізом політики та розвитком систем</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– розробник програм/ напрямів роботи,</li> <li>– дослідник,</li> <li>– аналітик,</li> <li>– представник інтересів громад.</li> </ul>

Фокус практичних ролей зосереджено “на людині”, саме тому соціальні працівники виступають головним чином як *фасилітатори* або заохочувачі. У ролі фасилітатора соціальний працівник працює переважно як той, що надає можливість, полегшує взаємодію з соціальним оточенням. Виконання цієї ролі передбачає надання допомоги соціальним працівником окремим індивідам або групам виразити свої потреби, ідентифікувати/з'ясувати свої проблеми, розробити та застосувати стратегії їх вирішення. Фасилітатор допомагає розвинути здатності клієнта справлятися з проблемами більш ефективно.

Ця рольова модель трапляється в практиці соціальної роботи найчастіше і застосовується як підхід при виконанні практиком соціальної роботи ролей/функцій вчителя, терапевта або консультанта індивідів, груп та сімей . Також використовується у роботі з громадою – переважно коли метою є допомогти людям організувати допомогу самим собі. Орієнтуючись на концепцію „людина в оточенні”, соціальні працівники

допомагають клієнту “навчитися жити” в умовах громади, наприклад за програмою “Проживання розумово відсталих людей у громаді”.

Соціальні працівники можуть також виконувати функції вуличного працівника, а також того, хто надає догляд (забезпечує послуги підтримки для тих, хто не може самостійно вирішити свої проблеми та задовольнити особистісні потреби), або того, хто змінює поведінку (як-то зміна специфічних патернів поведінки клієнта). Виконання цих ролей вимагає застосування таких методів роботи, як: індивідуальна робота/консультування, подружня/сімейна терапія, групова робота, освіта/ поширення інформації та інших.

При виконанні ролі *тренера/вчителя навичок* мова йде про практичні та соціальні навички. Залежно від проблем, стану здоров'я та ступеню функціонального обмеження (інвалідності) клієнта виділяють кілька підходів до розгляду проблем, пов'язаних з практичними та соціальними навичками. Згідно з цими підходами, соціальні працівники, виконуючи роль вчителя навичок, ставлять за мету:

- набуття навичок (яких клієнт не мав),
- поновлення втрачених навичок,
- компенсування втрачених шляхом поновлення інших,
- попередження втрати існуючих навичок внаслідок соціальної ізоляції і практичної залежності від інших.

Наприклад, працюючи з розумово відсталими дітьми, соціальний працівник в якості тренера/вчителя навичок допомагає дітям набути та закріпити практичні та соціальні навички, необхідні для щоденного життя: навички самообслуговування, самогігієни, самодогляду, прання, користування побутовими приладами, готування їжі, використання транспорту, планування часу, поведінка у типових побутових ситуаціях, навичкам прийнятної міжперсональної поведінці під час спілкування, звернення по допомогу до фахівця в разі необхідності тощо. Яскравий приклад виконання цієї ролі демонструють соціальні працівники Центру соціальної реабілітації благодійного товариства “Джерела” м. Києва, де діють навчальні програми “Поведінка у складних ситуаціях”, “Самообслуговування”, “Приготування їжі”, “Одиниці виміру”, “Вихід у місто”.

Необхідно зазначити, що підтримка навичок та їх поновлення необов'язково має виконуватись соціальними працівниками, професіоналами. Соціальний працівник може просто пояснити або навчити близьких, родичів, або тих, хто доглядає клієнта, як потрібно терпляче і наполегливо, без дратування допомогти клієнту відновити навички. Це економія професійного часу.

Виконання ролі тренера/вчителя соціальних і практичних навичок – не легке і не швидке завдання. Цей процес може залучати закріплення ситуаційної динаміки, пошук і залучення ресурсів, підтримання використання їх клієнтом до тих пір, поки не буде досягнуто певних результатів.

Чимало авторів стверджують, що програми набуття, поновлення та попередження втрати навичок є більш ефективними, коли соціальні послуги надають у громаді, коли використовують нормальні, природні соціальні процеси і можливості. В умовах інституції (стаціонарних закладах соціального чи медичного обслуговування) досягти певних результатів у соціальній абілітації чи реабілітації значно важче: адже будь-який заклад – це штучний конструкт, заздалегідь визначений географічно та соціально.

Соціальні працівники, що перебирають на себе *терапевтичні ролі*, консультують клієнтів з різноманітних життєвих запитів, таких як:

- консультування молоді, що втікає з дому,
- консультування суїцидальної особистості;
- консультування фостерних (прийомних) батьків при влаштуванні бездомних дітей в сім'ю;
- консультування підлітків щодо вживання наркотиків;
- консультування клієнтів, що мають сексуальні дисфункції;
- допомога алкоголікам усвідомити, що вони мають проблеми;
- професійне консультування та з питань влаштування на роботу

Терапевтичну роль виконує соціальний працівник, коли здійснює сімейні терапевтичні сесії, у сім'ях, що мають родича з проблемами психічного здоров'я. Під час таких терапевтичних сесій, наприклад за моделлю Андерсена, соціальний працівник заохочує співпрацю між клієнтом та членами сім'ї, допомагає членам сім'ї справитися зі своїми почуттями, проговорити очікування, врегулювати сімейні ролі, визначити стилі поведінки, посилювати незалежність, підтримувати баланс влади.

Коли соціальні працівники виконують **посередницькі ролі**, то фокус їхньої практики зосереджується на відносинах між клієнтами та системами, з якими вони взаємодіють. Ці ролі відповідають за поєднання систем.

*Керівник (управляючий) випадку.* Деякі клієнти мають обмежені можливості для того, щоб самостійно дістатися до інших ресурсних систем. Соціальний працівник в такому випадку є відповідальним за оцінювання потреб клієнта, влаштування та координацію надання необхідних послуг іншими спеціалістами через їх залучення або супроводження клієнта до певних установ.

Прикладом виконання такої ролі можуть слугувати куратори в хеседах (благодійних організаціях єврейських громад), котрі відповідають за оцінку потреб і матеріальних умов тих, хто звертається за допомогою, визначення тих послуг, на які клієнт має право, координацію надання послуг конкретному клієнтові, стежать за наданням послуг та зміною становища клієнта. А от у Білоцерківській службі підтримки сім'ї визначено, що соціальний працівник опікується 15 родинами, оцінює проблеми і потреби кожної родини, розробляє індивідуальний план роботи, що містить соціальну програму допомоги кожній родині, звітується щоквартально перед міським ЦССМ щодо виконання цього плану.

*Брокер соціальних послуг* – зв'язує окремих клієнтів або групи, які потребують допомоги і не володіють інформацією, де її шукати, з соціальними службами в громаді. Наприклад, жінці, яка страждає від брутальної поведінки свого чоловіка, має бути надана інформація стосовно притулку для жінок що зазнали насильства.

Практик соціальної роботи в ролі брокера має бути обізнаним з наявними ресурсами громади, розкладом роботи та процедурами різних агенцій, та має бути ознайомлений з процесом медіації. У процесі роботи виникає необхідність направлення клієнта до інших установ. Виконання цієї ролі вимагає знань про наявні у громаді ресурсні системи, їхні особливості та встановлення необхідних робочих стосунків з контактними людьми з цих установ. Прикладами виконання ролі брокера служать направлення соціальним працівником територіального центру пенсіонера до управління соціального захисту населення для оформлення субсидії для відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг, або до поліклініки до дільничного лікаря. Або соціальний працівник служби підтримки сім'ї, яка діє при центрі соціальних служб для молоді, може допомагати своїм клієнтам отримати належну їм за законом грошову допомогу від органів соціального захисту населення.

*Захисник прав та інтересів клієнта* – ця роль була запозичена з професії юриста і передбачає активну спрямовану діяльність по представництву прав та інтересів клієнта або групи громадян, ведення переговорів від імені клієнта, захищення його юридичних інтересів, в тому числі у суді. в тих випадках коли вони потребують допомоги, а існуючі служби або інституції незацікавлені у наданні послуг та вирішенні питань або демонструють відкрито негативне ставлення до клієнта. Особистісні якості та професійні навички соціального працівника мають відповідати виконанню цієї ролі. В цієї ролі соціальний працівник має бути обізнаний з законодавчими актами та нормативними документами. В якості захисника прав соціальний працівник забезпечує керівництво у збиранні інформації, доводить обґрунтовано та переконливо, спираючись на

законодавство, необхідність задоволення потреб та вимог клієнта. Фахівець оскаржує рішення інституцій, які відмовляють клієнту у забезпеченні послуг. Ціллю захисника прав є не висміювання і не засудження окремої інституції, а вплинути на зміну політики обслуговування клієнтів.

Соціальний працівник може поєднувати всі ці ролі: надавати *адвокатські послуги* по захисту інтересів клієнта, допомагати встановити зв'язок з *ресурсами (брокер)*, виступати *посередником (медіатором)* у процесі прийняття рішень по врегулюванню проблем клієнта, працювати як фасилітатор, з'єднувач.

Фокус практики соціальної роботи при виконанні адміністративних ролей зосереджується на системах, з якими люди вступають у взаємодію. Тому ці ролі передбачають підтримку та вдосконалення системи соціального захисту (це ті ролі, які виконуються на макрорівні – робота з організаціями та громадськістю).

*Консультант* – забезпечує керівництво, управління агенціями та організаціями шляхом порад, пропозицій як підвищити ефективність роботи служб, надання послуг. Консультування в цьому сенсі – це процес, у ході якого експерт допомагає консультованому надавати послуги клієнтові ефективніше завдяки збільшенню, розвитку, модифікації знань, навичок, ставлень чи поведінки.

Соціальні працівники можуть надавати консультації не тільки своїм менш кваліфікованим колегам, але й представникам інших професій. Скажімо, у Великобританії соціальні працівники виступають консультантами суддів і слідчих, коли оцінюється соціальне функціонування правопорушника і соціально-корекційні можливості того чи іншого різновиду нев'язничого покарання.

*Координатор* – функція має на меті покращення систем надання послуг через підвищення контактів, зв'язку та координування людськими ресурсами у службах. Фахівець забезпечує узгодження, гармонійне функціонування різних компонентів та направлень роботи разом в єдиній організованій манері. Виконання цієї ролі передбачає уникання дублювання послуг та конфлікту між службами.

У цій ролі працівник може виконувати функції *члена мультидисциплінарної команди*. Виконуючи роль члена команди соціальний працівник має зафіксувати соціальну історію клієнта та його сім'ї з врахуванням етичних моментів. Це інформація, яка передбачає розуміння особистісного, соціального і матеріального контексту життя клієнта. Інформація, яку вдасться зібрати та записати соціальному працівникові у соціальну історію клієнта може бути вирішальною для формування процесів догляду і допомоги. Ця інформація потрібна команді, щоб визначитися в стратегіях, враховуючи немедичні



аспекти.

*Керівник (супервізор)* – стежить за підвищенням ефективності та дієвості, оперативності (вчасності) надання послуг, контролюючи штат працівників.

Загалом, супервізія – це засіб, за допомогою якого визначений установою супервізор полегшує роботу персоналу та забезпечує стандарти роботи. Її мета – допомагати супервізованим якнайефективніше виконувати їхні завдання, зазначені в посадових обов’язках. Виділяють чотири основних різновиди супервізії:

– менеджерська супервізія – супервізор є безпосереднім менеджером працівника. У цьому випадку їхні стосунки можуть бути описані як керівник – підлеглий;

– наставницька супервізія – супервізор виконує роль учителя, наставника і пропонує навчальний внесок у процес;

– навчальна/тренінгова супервізія – інша роль учителя, у випадку, коли супервізований є студентом, і супервізор несе відповідальність за його практику;

– консультаційна супервізія – супервізор не несе відповідальності за супервізованого чи його роботу і пропонує свої послуги консультанта.

Вважається, що постійний процес супервізії (професійної підтримки та наставництва) соціального працівника з боку його керівника – головна умова якісної та безпечної роботи. Супервізія також є ключовим елементом у персональному професійному розвитку соціального працівника. У професійних соціальних службах супервізія є частиною процесу надання допомоги, оскільки вона спрямована на забезпечення стандартів якості й підтримку соціальних працівників у їхній щоденній діяльності.

На соціальних працівниках, які виконують такі ролі, що відносяться до аналізу політики та розвитку систем, лежить функція полегшення та ініціації змін, пошук змін у статутах та соціальній політиці. Від них очікують особистого вкладу в розвиток соціальної роботи.

*Розробник програми* – просуває або розробляє програми або технології, які мають на меті задовольнити соціальні потреби певних категорій клієнтів. Скажімо, практичні соціальні працівники часто долучаються до створення та розвитку служб і послуг, які стають відповіддю на появу чи виявлення нових потреб клієнтів. Такі послуги можуть надаватися у рамках освітніх програм (наприклад, для мігрантів та біженців), груп підтримки (для жертв сексуального насильства, або дітей, чиї батьки надуживають алкоголем), програм із розвитку навичок (наприклад, навичок управління стресом, асертивності тощо).

Працівники у громаді разом із лідерами громад беруть участь у плануванні таких

місцевих соціальних програм, які б задовольняли потреби членів громади. Такі потреби, зокрема, можуть включати догляд за дітьми, транспортування людей із функціональними обмеженнями, програм відпочинку для певної вразливої групи тощо.

*Дослідник* – час від часу кожний соціальний працівник стає дослідником. Дослідження в практиці соціальної роботи може передбачати вивчення літератури за певною тематикою, оцінювання результатів виконаного втручання, визначення якості та недоліків соціальних програм, вивчення громадських потреб у запровадженні тих чи інших соціальних послуг. Як зазначалося в попередніх розділах, дослідницький елемент у роботі соціальних служб є доволі значним, він відіграє важливу роль у плануванні роботи служб, процесі надання послуг, використанні ресурсів.

*Аналітик* – аналізує та оцінює, наскільки вдало працюють програми та системи. Скажімо, соціальні працівники можуть збирати інформацію щодо конкретної географічної території (тобто профілю громади): зокрема, думки людей щодо розвитку населеного пункту, детальну інформацію про існуючі послуги та доступні заклади. Про виявлену різницю між очікуваннями, потребами, про які заявляють люди, та доступними послугами інформують групи в громаді, громадські та державні організації, що дозволяє їм оцінювати власну роботу й складати плани розвитку. Вивчення існуючих даних (матеріалів перепису, змін в економічному статусі регіону, перспективних планів різних установ) дозволяє працівникам визначати потенційні проблеми, з якими доведеться зіткнутися громаді. Завдяки спілкуванню з людьми можна проаналізувати сильні сторони та потреби громади.

*Представник інтересів громад* – представляє інтереси громади перед органами влади та перед державними структурами на різних рівнях. Соціальні працівники мають широкі контакти з колегами з споріднених дисциплін (пов'язаних з соціальною роботою), працівників інших служб, агенцій, лікарнями, юристами та іншими. Через ці контакти соціальні працівники зв'язують клієнтів з ресурсами громади і працюють у напрямку усунення інституціональних бар'єрів і негативного ставлення до клієнтів. Досить часто працівники в громаді, захищаючи її інтереси, стають організаторами груп людей, котрі зазнають дискримінації. Це передбачає створення та скерування масових організації та рухів, тобто мобілізацію мас, а також вплив на політичний процес.

Поряд з тими ролями, які соціальний працівник виконує безпосередньо, сформувався низка **латентних (прихованих) ролей**, котрі приписуються соціальному працівникові. Серед латентних ролей виділяють такі: захисник порядку, що існує; руйнівник порядку, що існує; донор; брокер у сірих тонах.

Існування цих латентних ролей багато в чому зумовлене стереотипами щодо соціальної роботи та соціального працівника. Так, соціальний працівник, виконуючи роботу, діє в межах повноважень, даних агенцією, і часто представляє інтереси держави. Тому клієнти сприймають його як представника влади, що надає ресурси або обмежує доступ до них і, таким чином, виступає захисником встановленого порядку. Разом з тим, саме соціальні працівники, працюючи зі складними проблемами, часто виступають з найгострішою критикою на адресу держави і стають руйнівниками панівного порядку.

Соціальний працівник у ролі донора сприймається як той, хто має постійно жертвувати собою заради інших, ставити інтереси та потреби інших понад усе. Але така жертвовність не несе нічого доброго, бо повністю нівелює стосунки партнерства між клієнтом і соціальним працівником, може набувати різних форм: потурання, позбавлення влади, розбещування, позбавлення досвіду тощо.

На думку британських фахівців, соціальні працівники є брокерами у сірих тонах, “коли з двох лих вибирають менше, вони часто поставлені перед необхідністю вибору, за яким іде дія з непередбачуваним наслідком”. Соціальні працівники часто стикаються з дилемами під час прийняття рішення. А від того, яке рішення прийме соціальний працівник, нерідко залежить доля людини.

Отже, соціальним працівникам властивий розмаїтих функціонально-рольовий репертуар. При цьому один і той самий працівник може виконувати або одну визначену роль, або застосовувати в процесі своєї щоденної діяльності різні функції, переключаючись з однієї ролі до іншої.

### ***1.3.3. Клієнти соціальної роботи***

**Клієнтом соціальної роботи** вважається окрема особа, група людей, їхніх родичів, сім'ї, громади, які є адресатами соціальної роботи й які не можуть самостійно подолати свої проблеми, вийти з життєвої кризи, функціонувати самостійно і тому потребують сторонньої допомоги фахових соціальних працівників.

Закон України „Про соціальні послуги” (2003) визначає, що соціальна допомога може надаватися людям, котрі потрапили у **складні життєві обставини**. Тобто практично кожна людина може стати клієнтом соціальних служб, коли виникає ситуація чи обставини, які неможливо об'єктивно подолати самостійно (інвалідність, часткова втрата рухової активності у зв'язку із старістю або станом здоров'я, самотність, сирітство, безпритульність, відсутність житла або роботи, насильство, зневажливе ставлення та негативні стосунки в сім'ї, малозабезпеченість, психологічний чи психічний розлад,

стихійне лихо, катастрофа тощо). Ці ситуації, пред'являють людям вимоги, які перевищують їхній звичний адаптивний потенціал, вони приховують у собі або виклик, або загрозу життєдіяльності людини, а інколи викликають непоправні втрати. Кожна з них також обмежує активність індивіда, висувають вимоги, які потребують додаткових моральних і матеріальних ресурсів.

Соціальні служби зазвичай мають певні критерії, за якими вони визначають своїх клієнтів, критерії надання того чи іншого різновиду допомоги. У державних соціальних службах умови отримання допомоги, тих чи інших послуг визначаються законодавством або іншими нормативно-правовими документами, недержавні соціальні служби можуть встановлювати такі критерії, виходячи із власної місії, принципів роботи та можливостей.

Звичайно, у кожному суспільстві можуть бути виділені різні вразливі категорії громадян. Люди, з яким мають справу соціальні працівники, є різні за віком (від немовлят до престарілих) і включають представників різних рас, релігій, етнічних та соціоекономічних груп.

На Заході клієнтами чи потенційними клієнтами соціальної роботи можуть бути:

- бездомні люди;
- родини, в яких існують проблеми дитячої занедбаності, сексуальних, фізичних зловживань відносно дитини або одного з партнерів;
- подружні пари, що мають серйозні подружні конфлікти;
- родини, в яких дитина виховується лише одним з батьків, та в яких серйозні конфлікти проявляються насильством з боку батька, а також втіканням, делінквентною поведінкою, труднощами у навчанні дитини;
- ВІЛ-інфіковані люди та їхні родини;
- люди, що мають низькі доходи через безробіття, відсутність годувальника, фізичні обмеження, недостатність навичок та інші фактори;
- люди, які перебувають в ув'язненні чи колишні ув'язнені, життя яких було поламано через покарання внаслідок порушення закону;
- незаміжні вагітні дівчата-підлітки чи такі, що вже виховують дитину
- гомосексуали та лесбійки, що мають особисті або сімейні проблеми;
- люди, що мають соматичні чи психічні захворювання або інвалідність; термінально хворі;
- люди, залежні від алкоголю, наркотиків та їхні родини;
- мігранти та меншини, що мають недостатні ресурси та можливості, або ті, хто стали жертвами расизму, сексизму або інших форм дискримінації;

- люди із затримками розвитку (інваліди розвитку) та їхні родини;
- люди похилого віку, що не можуть адекватно функціонувати;
- мігранти та біженці, що мають недостатні необхідні ресурси;
- діти, які залишилися без піклування батьків, та ті, які зазнають насилля;
- діти, що мають проблеми, пов'язані з навчанням в школі та їхні родини;
- люди, що знаходяться у стресовому стані, пов'язаному з травматичними подіями (смерть близької людини, природні чи техногенні катастрофи, вихід на пенсію, тощо), а також діти, що залишили родину.

Очевидно, що не всі наведені групи віднесені до потенційних клієнтів соціальної роботи в Україні. Не завжди ми можемо констатувати, що в нашій країні надаються необхідні послуги всім цим категоріям клієнтів.

Варто підкреслити, що стан клієнта є динамічним. Соціальному працівникові потрібно прагнути розвивати самостійність своїх клієнтів. Клієнт не повинен бути залежним, стосунки з соціальним працівником мусять характеризуватися взаємодією, партнерським характером. Важливо зрозуміти, що клієнтом за певних обставин може стати кожен і цей процес “перетворення в клієнта” починається тоді, коли починається його взаємодія з соціальним працівником та укладається угода/контракт (які можуть існувати як в усній, так і письмовій формі) про співпрацю.

Варто зазначити, що чимало клієнтів з таких груп, як люди, що мають соматичні чи психічні захворювання або інвалідність, старі люди, ті хто вживає наркотики можуть залишатися клієнтами соціальних служб досить тривалий період, іноді впродовж всього життя, в той час як для інших – це може бути лише короткотривалий епізод. Деякі люди, які мають досвід бути клієнтами, самі пізніше можуть стати соціальними працівниками здобувши відповідну освіту. Такі приклади в соціальній роботі непоодинокі і професіонали підтримують бажання колишніх клієнтів допомагати людям із схожими проблемами, які в своїй професійній діяльності можуть спиратися на власний досвід долати проблеми та бути в ролі клієнта. Прикладом може слугувати наприклад київське благодійне товариство „Джерела” із допомоги особам із інтелектуальною недостатністю, де навченим батькам делеговано функції соціальних працівників. Або терапевтична спільнота „Марііна школа” при Київській міській наркологічній лікарні „Соціотерапія”, де колишні клієнти, котрі самі пройшли реабілітаційну програму, стали соціальними працівниками.

Тому, не доцільно протиставляти клієнтів соціальним працівникам. Разом із тим соціальні працівники повинні брати на себе відповідальність щодо тих, хто став клієнтом

(чи то з власної волі, чи був змушений працювати з соціальним працівником з огляду на вимоги інших агенцій чи закладів). Ця відповідальність стосується пошуку прийнятних етичних шляхів розв'язання проблем клієнтів та можливих наслідків прийнятих рішень.

Досить часто клієнти соціальної роботи не в стані задовольнити свої потреби через що вони повністю чи частково позбавлені можливості брати активну участь в житті суспільства, громади, де вони живуть, виштовхнуті на периферію суспільного життя, не здатні підтримувати соціальні зв'язки та вести спосіб життя, який є поширений та прийнятний в відповідному суспільстві, членами якого вони є. Такий стан у сучасній соціальній роботі називають **соціальним виключенням**.

Останнім часом все більшого поширення набуває думка, яка вважає одним із основних призначень соціальної роботи допомогу та підтримку окремих осіб чи груп в подоланні соціального виключення, яке притаманне людям, що належать до більшості з тих груп, які були розглянуті вище. Наприклад, у Великобританії створено спеціальний урядовий підрозділ соціального виключення, фахівці якого визначають виключення як те, “що може трапитися, коли індивіди чи райони страждають від поєднання взаємопов'язаних проблем таких як безробіття, недостатні навички, низькі прибутки, погане житло, оточення з високим рівнем злочинності, погане здоров'я і розпад сім'ї”. Тобто мова йде про стан багатозначної депривації в якому перебувають індивіди чи групи.

Виключення може стосуватися різних сфер, як-от:

– економіка, де чинниками виключення можуть бути бідність, яку переживають індивіди чи групи, тривале безробіття, обмежений доступ до можливостей кредитування та до сучасних технологій;

– життєвий простір, де факторами виключення можуть бути сусідство, яке загрожує безпеці індивідів чи груп, високий рівень кримінальності, бідність місцевого оточення, роз'єднаність громади, географічна ізоляція чи віддаленість району, де мешкають індивіди чи групи, відсутність чи обмеженість місцевих послуг, включаючи транспорт, освіту;

– мобільність, де виключення спричиняється відсутністю транспортних засобів чи доріг, та призводить до скорочення доступу до соціальних мереж, зручностей, товарів і послуг;

– політика – можливість впливати на прийняття політичних рішень на організованому рівні, коли факторами виключення є позбавлення громадянських прав, низька участь в групах та організаціях, відмова від громадянських прав та свобод, нестача представництва, неможливість брати участь в здійсненні влади,

– можливість приймати рішення, де виключення пов'язане з безправністю людини,

бессилістю та обмеженим вибором;

– особистість, де до виключення призводять етнічність, культура, клас, життєві навички/ досягнення в освіті, стать/гендер, релігія, сексуальність та стан здоров'я;

– соціальні мережі, де факторами виключення може бути розпад (порушення) формальних чи неформальних мереж, самотність, ізоляція, брак інформації, соціальний стан;

– соціальний вимір, де виключення може бути зумовлене поширенням злочинності, сімейною динамікою, низьким рівнем освіти, нерівністю, браком соціальних прав, браком доступу до прийняттого медичного догляду та соціального захисту .

Соціальні працівники мусять зважати на існування в суспільстві різних груп, що мають неоднаковий рівень доступу до суспільних ресурсів, а відтак є соціально виключеними. Наприклад, працюючи з такою групою клієнтів як біженці, соціальні працівники, повинні ставити перед собою такі завдання, які дозволяють подолати соціальне виключення, а саме:

– психологічна підтримка для корекції травмуючого досвіду клієнтів;

– мотивація і зміцнення можливостей для самопомоги клієнтів;

– допомога у вивченні клієнтами мови країни проживання та в здобутті ними професійної освіти;

– налагодження стосунків з оточенням та самовизначення клієнтів;

– започаткування чи участь в створенні відповідних структур/організацій для роботи з біженцями та їхніми сім'ями;

– активізація груп підтримки в громаді (чи допомога в їх створенні) та роз'яснювальна робота, спрямована на подолання ворожості до представників цієї групи.

Тобто, практика соціальних працівників передбачає діяльність, спрямовану на допомогу індивідам, групам, громадам стати включеними, тобто інтегрованими в суспільство. Така практика зосереджена насамперед на правах, дотичних до запобігання соціальному виключенню, а саме таких, як недостатній доступ до інститутів громадянського суспільства – законодавчої та політичної систем, до базового рівня освіти, охорони здоров'я і матеріального добробуту. І з огляду на це, особа, яка звертається до соціальної агенції, має розглядатися вже не як вразливий клієнт, що має певні потреби, а як громадянин, котрому потрібно надати допомогу в реалізації його прав як члена суспільства.

Клієнти соціальної роботи часто зазнають *дискримінації*, тобто упередженого та негативного ставлення, яке ґрунтується на певних характеристиках, як-от раса, стать, релігія, етнічність. Таке ставлення спирається на стереотипи - відносно стійкі уявлення

про соціальне явище, соціальний статус або об'єкт (конкретного індивіда або групи), що є, як правило, спотвореним, оскільки базується на поверхневих характеристиках або надмірному узагальненні характеристик, спостережуваних у деяких членів групи. Дискримінація часто знаходить виявлення у навішуванні тавра, певного імені, прізвиська, назви людині або її проблемі на основі певних характеристик або моделей поведінки. Скажімо, упереджене ставлення до людей похилого віку (ейджизм) на практиці призводить до дискримінації за віком.

Дискримінації за віком можуть зазнавати й діти. Наприклад, за даними опитування дітей 9-17 років, яке проводив в Україні центр „Соціальний моніторинг” за сприяння ЮНІСЕФ, лише один відсоток дітей соціально незахищених категорій вважає, що права дітей в Україні не порушують. Таким чином діти почувають себе безправними в світі дорослих, у них обмежені можливості висловлювати та відстоювати свою думку.

Якщо ж при цьому дитина належить до національної меншини або є темношкірою, то їй інколи доводиться бачити чимало прикладів дискримінації за етнічною ознакою (расизму). Наприклад, у школах таких дітей можуть дратувати, роботодавці не прийматимуть на роботу, представники правоохоронних органів демонструватимуть більш упереджене й прискіпливе ставлення (досить згадати постійні перевірки документів на вулицях великих міст України, які зазнають „особи кавказької національності” та темношкірі іноземці).

Стереотипи й упереджене ставлення виявляються, зокрема, в мові. Одна з найочевидніших мовних проблем – це використання особових займенників (приміром, соціальний працівник – це переважно „він” у фаховій літературі, хоча лівову частку працівників соціальної сфери становлять жінки). Однак, проблеми використання мови значно глибші й делікатніші за вживання особових займенників. У більшості великих індивідуальних служб спостерігається виразна картина: жінки складають основну частину користувачів служби, доглядальників, практичних працівників, тоді як серед вищого керівництва переважають чоловіки. Це може слугувати прикладом дискримінації за статтю (сексизм).

Дискримінація призводить до нерівності влади, неоднакового доступу до суспільних ресурсів і послуг тощо, тобто до того, що отримало назву соціального виключення, про яке йшлося раніше. Дискримінація часто-густо пов'язана як із місцем людини в структурі суспільства, так і з особистісною ідентифікацією, наприклад, чоловік чи жінка, середній чи робочий клас, молодий чи літній, гетеросексуал чи гей, має чи не має функціональні обмеження, приналежність до національної меншини тощо. Така ситуація є результатом



матеріального й ідеологічного пригноблення.

Соціальна робота має бути орієнтована на зняття тавра суспільного відторгнення клієнтів (наприклад, розумово відсталих, людей із функціональними обмеженнями, людей, котрі живуть з ВІЛ, тощо) як "дефектних" або "меншовартісних". Ставлення до таких людей має спиратися на визнання в них передусім особистості та прийняття їх такими, якими вони є, повагу до їхньої честі та гідності. Як відзначає Шуламїт Рамон, основна проблема полягає не в обмеженні можливостей певної людини чи групи людей, пов'язаних з порушенням тих чи інших функцій організму, а в існуючому у суспільстві ставленні до інвалідів та інвалідності. У сучасному світі, на думку цієї авторки, набуває поширення принцип „нормалізації” або „соціальної валоризації”, ґрунтується на переконанні, що „перебування в установах закритого типу небажане для людей із будь-яким типом патології, що майже всі особи, навіть зі стійкими вадами, можуть і повинні мати якомога нормальніше і повноцінніше життя у спільноті, отримуючи необхідну їм для цього індивідуальну підтримку”.

У соціальній роботі всі учасники повинні активно працювати, аби протистояти шкідливим наслідкам соціального пригнічення шансів та можливостей тих, хто живе в несприятливому соціальному оточенні. Практичне застосування принципу непригнічення означає, що основою достойної практики соціальної роботи має стати наснаження, тобто підтримка клієнтів соціальних служб, підвищення їхньої впевненості, самооцінки, компетенції, щоб вони могли виступати від свого імені та від імені своєї родини в існуючих службах; об'єднуватися з іншими клієнтами для створення служб, які їм потрібні.

Фахівці з соціальної роботи наряду з терміном “наснаження” вживають терміни “імпаурмент”, “надання повноважень”, “активізація”, “зміцнення”.

Це поняття увійшло в обіг у соціальній роботі наприкінці 1980-х, коли почали обговорювати протиріччя між залежністю та незалежністю, автономією та захистом людини, правами громадян та владою уряду. Саме тоді було сформульовано, що призначення соціальної роботи полягає в тому, щоб допомогти людям допомогти собі.

Обґрунтування необхідності допомогти людям допомогти собі має триєдину сутність: етичну, політичну та психологічну. Етичні причини необхідності застосування наснаження ґрунтується на вірі у надзвичайну цінність кожної людини, що, власне, походить з християнства. Демократичні переконання забезпечують політичне обґрунтування того, що влада повинна бути поділена між громадянами. Психологічне обґрунтування полягає в тому, що люди тим скоріше та тим охочіше змінюються, діють

чи дотримуються певного плану, чим більшу роль вони грають у прийнятті рішення. Мотивація - важливий принцип у соціальній роботі. Послуги успішні тільки тоді, коли клієнт бере активну участь у користуванні ними. Найкращі послуги та найдосвідченіші консультанти не будуть ефективні, якщо користувачі не були залучені у планування роботи служб, простіше кажучи, не хочуть їх. Користувачі - найкращі експерти послуг.

Ідея наснаження ґрунтується на визнанні права людини вести повноцінне життя, отримувати у разі необхідності якісні соціальні послуги у необхідному обсязі. З огляду на це клієнта соціальної агенції потрібно розглядати не як вразливого індивіда, який має персональні проблеми, а як громадянина, який має гарантовані права як член суспільства. Існує думка, що наснаження відрізняється від надання можливостей, так як воно не обмежується лише намаганням дозволити або допомогти людям діяти, а має на меті надання їм постійних владних повноважень для створення здатності впливати на своє життя за межами соціальних служб.

*У літературі із соціальної роботи зазначається, що клієнт почуває себе більш впевнено і компетентно, коли:*

- клієнту гарантується безпека і конфіденційність;
- послуги є доступними і прийнятними для клієнта (зокрема, культурно прийнятними);
- клієнт отримує максимум інформації;
- послуги схвалюються клієнтом;
- клієнт приймає рішення і виконує завдання;
- професіонал допомагає, а не опікується;
- з клієнтом укладається договір про послуги;
- клієнт отримує підтримку;
- клієнт має доступ до професійних записів;
- клієнт може оцінювати надавані послуги;
- клієнт може оскаржити рішення/дії фахівців.

У процесі наснаження підвищується рівень самооцінки, активність клієнта, збільшуються його можливості, зменшується залежність від негативних факторів, які впливають на його життя. Наснаження розвиває здатність клієнта контролювати власне життя, що передбачає: виявлення і розвиток сильних сторін, компетентності клієнта; доступ до інформації, якою володіють соціальні працівники та інші фахівці; обізнаність щодо наявних альтернатив і можливостей доступу до них у процесі прийняття рішення; набуття незалежності від інших під час прийняття рішень; розвиток спроможності діяти.

Елементи підтримки клієнтів у активізації їхнього потенціалу:

1. Розвиток особистості – посилення мотивації, наполегливості, впевненості в собі.
2. Розвиток умінь – вироблення необхідних умінь для участі в процесі вирішення проблем.
3. Практична підтримка – інформування, захист інтересів клієнтів, забезпечення за необхідності догляду за дітьми в той час як клієнт займається вирішенням проблем, надання за необхідності приміщення, транспорту.
4. Підтримка рівних можливостей – створення умов для людей, які мають вагомі обмеження, пов'язані, наприклад, з незнанням мови країни, розумовою відсталістю, дискримінацією, проблемами психічного чи фізичного здоров'я.
5. Підтримка в консолідації зусиль – підтримка ініціатив по об'єднанню клієнтів в дієві групи (забезпечення супроводу, навчання, адміністративних витрат).
6. Емоційна підтримка – висловлення розуміння, співпереживання.

За сучасними вимогами до соціальної роботи, яка широко застосовує ідеї наснаження, клієнти повинні мати доступ до таких видів діяльності соціальних служб, як контроль за використанням матеріальних ресурсів, добір персоналу, професійна підготовка, встановлення стандартів надання послуг, гарантування якості послуг, контроль та оцінювання результатів діяльності служби. Отже, філософія наснаження включає ідею розподілу влади між клієнтом та фахівцями, залученими до процесу соціальної роботи.

Таким чином, у сучасній соціальній роботі стосунки між клієнтом і соціальним працівником повинні мати партнерський характер, що означає поцінювання внеску обох сторін. Така позиція зобов'язує соціального працівника ставитися з повагою до досвіду, думок і рішень клієнта.

---

## **Висновки**

---

1. Від соціальних працівників очікується набір знань, умінь і якостей, який може варіюватися залежно від специфіки завдань роботи, зміст яких обумовлює спеціалізація фахівців. Проте існують і базові вимоги до компетентності, без дотримання яких неможливе налагодження стосунків соціальних працівників і клієнтів.

2. Соціальні працівники у процесі своєї діяльності виконують певні ролі, детерміновані фаховою культурою, а також низкою завдань, виконання яких очікують від працівників. Структура професійної ролі може також визначатися нормативними

обов'язками та відповідальностями, які окреслюють статус та посаду працівника, і формують стиль поведінки, яка відповідає певній соціальній ситуації.

3. Існують різні класифікації ролей та функцій соціальних працівників. Якщо виходити щ цілей практики соціальної роботи, то можна виділити чотири групи ролей: практичні ролі; посередницькі ролі; адміністративні ролі; ролі, що пов'язані з аналізом політики та розвитком систем.

4. Клієнтами соціальної роботи вважають окремих клієнтів, групи клієнтів, їхніх родичів, сім'ї, громади, які не можуть самостійно подолати свої проблеми, вийти з життєвої кризи, функціонувати самостійно і тому потребують сторонньої допомоги. Українське законодавство визначає, що соціальна допомога може надаватися людям, котрі потрапили у складні життєві обставини, які вони не можуть здолати самостійно.

5. Практика соціальної виходить із того, що клієнт не повинен бути залежним, стосунки з соціальним працівником мусять характеризуватися взаємодією, партнерським характером. Соціальна робота спирається на принцип наснаження, який полягає в підтримці клієнтів, підвищенні їхньої впевненості, самооцінки, компетенції.

### **Запитання для самоперевірки**

1. Які особистісні риси, на Вашу думку, потрібні соціальним працівникам?
2. Визначте критерії професійної придатності спеціаліста з соціальної роботи.
3. Які чинники обумовлюють професійні ролі соціального працівника?
4. Які саме ролі соціального працівника найбільше відповідають безпосередній практичній роботі?
5. Як Ви розумієте роль соціального працівника як дослідника? На Вашу думку, чи можна поєднувати виконання цієї ролі соціального працівника з виконанням інших ролей?
6. Які ролі Ви хотілося б виконувати найбільше? Поясніть свій вибір.
7. Кого вважають клієнтами соціальної роботи?
8. Які завдання ставить перед соціальними працівниками теорія соціального виключення?
9. У чому полягає сутність наснаження?
10. Сформулюйте завдання наснаження.

### **Література**

1. Браун А., Боурн А. Супервізор у соціальній роботі: Супервізія догляду в громаді, денних та стаціонарних установах: Пер. з англ.. – К.: Пульсари, 2003.
2. Введення у соціальну роботу: Навч. посібник / Семигіна Т.В., Грига І.М. та ін. – К.: Фенікс, 2001.
3. Вступ до соціальної роботи / За ред. Т.В. Семигіної, І.І. Миговича. – К.: Академвидав, 2005.
4. Динамика ценностей в социальной работе / Под ред. С. Шардлоу. – К.: Асоціація психіатрів України, 1996.
5. Закон України „Про соціальні послуги” від 19.06.2003 р.
6. Кабаченко Н., Бондаренко Н. Соціальне виключення та проблеми психічного здоров'я // Соціальна політика і соціальна робота. – 2004. - № 3.
7. Медведева Г.П. Этика социальной работы: Уч. пособие. - М: ВЛАДОС, 1999.
8. Мюллендер О., Уорд Д. Самокерована групова робота: Діяльність користувачів з метою наснаження: Пер. з англ. – К.-Амстердам, 1996.
9. Принцип активизации в социальной работе: Пер. з англ. / Под ред. Ф. Парслоу. – М.: Аспект Пресс, 1997.
10. Сидоров В. Ролі та функції соціальних працівників // Соціальна робота в Україні: перші кроки / За ред. В. І. Полтавця. – К.: КМ Академія, 2000.
11. Сидоров В.Н. Деятельность социального работника: роли, функции и умения. - М.: СТИ МГУС, 2000.
12. Соціальна робота в Україні: Навч. посібник / За ред. І.Д. Зверевої, Г.М. Лактіонової. – К.: Науковий світ, 2003.
13. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Вид. дім „Києво-Могилянська академія”, 2006.
14. Соціальні послуги на рівні громади: український досвід та перспективи / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Гурт, 2005.
15. Энциклопедия социальной работы: Пер. с англ. - В 3-х т. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.

## **Розділ 2. ТЕОРІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ**

## **2.1. Класифікація теоретичних моделей і методів соціальної роботи**

### ***2.1.1. Взаємозв'язок теорії та практики соціальної роботи***

Соціальна робота – це практична діяльність, що відбувається в складному, змінному середовищі. Разом із тим фахівці будують методологію своєї допомоги на «базованих на доказах» знаннях, отриманих з досліджень та оцінювання практики соціальної роботи, включно зі специфічними знаннями відносно їх контексту. Використовуючи теорії людської поведінки та соціальних систем, соціальна робота виникає там, де має місце взаємодія людей з їхнім оточенням.

Видання „Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник” визначає теорію соціальної роботи трояко, а саме як: 1) логічне узагальнення досвіду суспільної практики, яке ґрунтується на глибокому зануренні в суть досліджуваного явища та розкриває його закономірності; 2) комплекс поглядів та ідей, які дають можливість витлумачувати та пояснювати факти; 3) найрозвиненіша форма наукового знання, яка дає цілісне відображення найважливіших зв'язків певної галузі дійсності. Такий підхід враховує прикладний характер соціальної роботи, те, що соціальна робота прагне знайти компетентне обґрунтування своєї практики, знайти кращі методи й моделі роботи.

Теорії дають змогу соціальним працівникам добирати й пов'язувати факти, з якими практики стикаються у своїй діяльності. Теорії допомагають визначити загальні властивості, які пояснюють події, що спостерігаються. Вони також дають практичній діяльності науковий фундамент, професійний спосіб мислення, набір ідей, закономірностей, які можна перевести на технологічний рівень для застосування у безпосередній практиці. З огляду на те, соціальну роботу неможливо опанувати лише у навчальному закладі й за короткий термін, соціальним працівникам доводиться постійно розвивати свою майстерність. Для цього вони повинні аналізувати як у процесі певної події (визначення пріоритетів, надання допомоги тощо), так і після неї. Упорядковані у шаблони й зразки, теоретичні концепції та пов'язані з ними дії можуть допомогти подолати важкі ситуації професійного вибору.

Теоретичне обґрунтування соціальної роботи постійно змінюється, розвивається у відповідь на трансформації потреб клієнтів, працівників і оточення. Розвиток теорій та моделей соціальної роботи зумовлений як досягненнями споріднених наук – психології, соціології тощо, так і набуттям соціальною роботою власних емпіричних даних із практики, відпрацювання власних методик роботи, а також поширенням філософії

постмодернізму. З іншого боку, на соціальній роботі суттєво позначилися й ідеологічні та політичні концепції, особливо неолібералізм, який підносив свободу вибору в усьому як найвищу цінність, а також соціальні і суспільно-політичні рухи, які обстоювали права дискримінованих груп, та соціально-економічні кризи. Кожна з цих теоретичних концепцій привносила в практику соціальної роботи нові методи, технології, засоби впливу.

### **2.1.2. Теоретичні моделі соціальної роботи**

У соціальній роботі завжди спостерігалось балансування між орієнтацією на психологічні особливості клієнта та на соціальні детермінанти проблем групи клієнтів (структурні чинники складної життєвої ситуації). Тому прийнято навіть говорити про виникнення двох шкіл соціальної роботи – психологічної та соціологічної, кожна з яких виробила власні методики роботи, вимоги до навичок соціальних працівників та форм їхньої підготовки. Одна школа – зосереджена на веденні випадку й спирається на індивідуалізований підхід, використовуючи переважно психологічні методи роботи. Друга – намагається вплинути на соціальне становище клієнтів завдяки роботі з його оточенням та умовами, орієнтована на роботу в громаді й використовує переважно знання з соціології та менеджменту.

Процес соціальної роботи відзначається складністю, для оцінки потреб клієнтів, планування можливих дій і вибору альтернативних рішень, втілення обраного плану дій, оцінки досягнутого потрібні різнопланові знання. Отже, у сучасній соціальній роботі не існує єдиної теорії, у ній співіснують різноманітні наукові школи, застосовують моделі практики, засновані на тих чи інших теоретичних поглядах. Це дає змогу охарактеризувати соціальну роботу як *поліпарадигмальну теорію* та практику, тобто таку, що заснована на різних наукових і науково-практичних парадигмах і підходах.

У науці послуговуються різними класифікаціями теорій та теоретичних моделей соціальної роботи. Найпоширенішою є **класифікація за спорідненістю з іншими соціально-гуманітарними науками** (табл.2). У ній виділяються три групи теорій (або теоретичних моделей) соціальної роботи:

- 1) психологічно орієнтовані, які передовсім беруть до уваги психологічні та емоційні, а не на соціальні (структурні) чинники виникнення складних життєвих ситуацій клієнта;
- 2) соціологічно орієнтовані, які зосереджують основну увагу на навколишньому середовищі (фізичному і соціальному) клієнта;
- 3) комплексно орієнтовані, для яких властиве врахування як психологічних, так і

## Класифікація теоретичних моделей соціальної роботи

<i>Група теорій</i>	<i>Характеристика групи</i>	<i>Основний наголос</i>	<i>Конкретні теорії, що належать до групи</i>
<b>Психологічні моделі соціальної роботи</b>	Сукупність теоретичних концепцій соціальної роботи, спільною основою яких виступає пізнання закономірностей психологічного розвитку і статусу людини в суспільстві	На психологічних та емоційних, а не на соціальних чинниках.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Психодинамічна модель</li> <li>• Когнітивно-біхевіористична</li> <li>• Гуманістична модель</li> </ul>
<b>Соціологічні моделі соціальної роботи</b>	Сукупність теоретичних концепцій соціальної роботи, в основі яких – пізнання закономірностей соціального розвитку, структурування суспільства, взаємодії його соціальних інститутів	На навколишньому середовищі (фізичному і соціальному) на противагу індивідуалізації психологічно орієнтованих підходів	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Системно-екологічна модель</li> <li>• Соціально-радикальна модель</li> <li>• Теорія ролей і стигматизації</li> </ul>
<b>Комплексні (біопсихосоціальні) моделі соціальної роботи</b>	Сукупність теоретичних концепцій соціальної роботи, які орієнтують на цілісне бачення проблем захисту життєвих сил людини як біопсихосоціальної істоти.	Врахування як психологічних, так і соціальних чинників	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кризове втручання</li> <li>• Модель, зосереджена на завданні</li> <li>• Сімейна терапія</li> <li>• Психосоціальна терапія</li> <li>• Соціально-педагогічна модель</li> </ul>

**Психологічні моделі соціальної роботи.** До цієї групи входять ті теоретичні моделі, в центрі яких – ідея допомоги клієнтові шляхом оптимізації його власних зусиль щодо використання його особистісних і соціальних ресурсів задля впливу на ситуацію.

Однією з найпоширеніших є *психодинамічна модель*, в основу якої покладено ідеї та техніки психоаналізу. Психоаналіз суттєво розширив уявлення про сутність допомоги у соціальній роботі. Психодинамічна модель соціальної роботи фокусується на внутрішньому житті індивіда, розглядає дії та поведінку людини як такі, що є наслідком процесу її мислення, а не особливостей міжособистісних відносин або навколишньої ситуації. Вона пропонує добре розроблені техніки діагностування соціального відхилення, дає змогу для прогнозування перспектив поліпшення стану.



*Когнітивно-біхевіористська* (від *cognio* – пізнання та *behaviour* – поведінка) *модель* соціальної роботи ґрунтується на ідеї допомоги клієнтові, орієнтуючись на особливість його мислення, установки, які в кінцевому підсумку спрямовують його дії. Суть допомоги полягає у регуляції соціальної поведінки клієнта шляхом набуття навичок відпрацьовувати механізми своїх вчинків адекватно до соціальних умов.

*Гуманістична модель* вбачає головні резерви в особистості самої людини, в початково закладених в неї силах добра, психічного здоров'я і бажання до самовдосконалення. Тому у рамках цієї теоретичної моделі соціальної роботи клієнтам відводять роль активних творців власного життя, стиль якого може бути обмежений тільки фізичними або соціальними впливами. Допомога у виборі стратегії дій для клієнта має орієнтуватися на його пошук власного життєвого призначення.

**Соціологічні моделі соціальної роботи.** Ці моделі зосереджують увагу на соціальному контексті допомоги: соціальних детермінантах виникнення складних життєвих ситуацій, соціальних нормах і патології, соціальному контролі за поведінкою клієнта.

Одна з найбільш популярних у сучасній практиці соціальної роботи - це *системно-екологічна модель*. Суспільство розглядається як складна соціальна система, утворена із сукупності взаємопов'язаних елементів у вигляді соціальних організацій та інститутів, взаємодія яких впливає на життєдіяльність людини. Модель ґрунтується на ідеї, що задовільне життя людини залежить від систем, які її оточують, а сім'ю можна розглядати як систему, всередині якої існують відносини між подружжям, дітьми і родичами, а сама вона включена у взаємодію з різноманітними соціальними інститутами – державою, системою освіти і виховання, економічними та іншими організаціями. Допомога полягає у виявленні факторів оточення клієнта, фіксації впливу на нього інших людей, а також соціальних факторів. Зміст діяльності спеціалістів у рамках цієї моделі практики полягає в тому, щоб за допомогою активних методів адаптації і соціалізації клієнта досягнути особистісних змін задля досягнення відповідності між станом індивіда й вимогами навколишнього середовища, або у впливі на зміну умов оточення з тим, щоб соціальне і фізичне середовище якомога більше відповідало правам, потребам і життєвим цілям особистості.

*Соціально-радикальна модель* соціальної роботи акцентує увагу на ідеї допомоги клієнтові в розвитку його соціальної самосвідомості, передусім її політичної та правової складових. Вона, спираючись переважно на ідеї марксизму і радикального фемінізму, кидає виклик психологічним поясненням проблем клієнтів і закликає до розгляду балансу

влади, використання структурних засобів розв'язання проблем, колективних дій. Мета допомоги – підвищити рівень самоконтролю та особистої відповідальності клієнта, самоактуалізації його можливостей у захисті та обстоюванні прав, протистоянні дискримінації.

*Теорія ролей і стигматизації*, що активно використовується в практиці соціальної роботи, ґрунтується на ідеї рольової поведінки клієнта, який будує свою поведінку відповідно до загальноприйнятих моделей, схем, що відтворюються індивідуальною свідомістю. Рольова модель соціальної роботи охоплює проблеми клієнта, пов'язані з очікуваною поведінкою і бажаним розвитком з урахуванням минулого досвіду, розуміння значущості актуальних подій та механізмів формування у людини уявлень про її роль у житті.

**Комплексні, або біопсихосоціальні, моделі соціальної роботи.** Такі моделі об'єднують концептуальні підходи кількох гуманітарних наук – соціології, психології, педагогіки, соціальної психіатрії тощо. Таке знання обумовлено комплексним характером типових ситуацій допомоги клієнтові.

Так, *модель кризового втручання* орієнтована на допомогу клієнтові, який перебуває в стані глибокої і гострої психологічної кризи і якому необхідне оперативне втручання для виведення з дезадаптивного стану.

Із практики і досліджень у соціальній роботі взяла свій початок *зосереджена на завданні модель*, яка пропонує концептуальну структуру діяльності – чітку послідовність діагностики проблеми клієнта та роботи з нею. Вона є однією із найбільш технічних моделей і допомагає практичним працівникам усвідомити, яким саме чином будувати процес безпосередньої роботи з клієнтом.

*Сімейна терапія* заснована на твердженні, що пояснення та вирішення людських проблем полягають у розумінні минулих та нинішніх взаємовідносин між людьми, близько пов'язаними одне з одним, а не в кожній конкретній людині. Ця теоретична модель, що спирається на ідеї різних наукових шкіл, пропонує соціальним працівникам низку специфічних технік для сімейного, а в деяких випадках, і індивідуального консультування.

Останнім роками у західній соціальній роботі поширилася *психосоціальна терапія*, яка передбачає довготривалий соціальний супровід клієнта соціальним працівником і приділяє особливу увагу їх взаємостосункам. В основі моделі - прагнення вичленити проблеми із середовища, підсилюючи при цьому сильні сторони „Я” клієнта та його механізми, за допомогою яких він може подолати проблеми самостійно за достатньої

підтримки соціального працівника.

Часто до теорій соціальної роботи відносять і *соціально-педагогічну модель*, яка ґрунтується на ідеї допомоги шляхом виховного впливу на процес соціалізації індивіда або соціальної групи, який здійснюється через систему інститутів – сім'ю, школу, позашкільні заклади. Ці інститути мають коригувати формування соціальних якостей особистості відповідно до суспільно значущих цінностей, обмежувати або активізувати вплив тих чи інших факторів.

Орієнтація на конкретні теоретичні моделі значною мірою впливає на напрями діяльності та функції соціальних працівників. Так, філософія та заходи реабілітаційних програм для людей, залежних від психоактивних речовин, значною мірою залежить від того, яких теоретичних моделей дотримуються фахівці, що здійснюють цю реабілітацію. Прихильники одних теорій віддають перевагу груповим заняттям, що мають на меті пошук клієнтами сенсу власного життя, прихильники інших – методам трудотерапії, що передбачає реабілітацію через залучення до трудового процесу і конструювання терапевтичного середовища, ще інші – активній роботі з сім'ями та зміні стосунків у них як передумови налагодження продуктивних взаємин між клієнтом і його середовищем. Або, наприклад, працівник, який допомагає клієнтові в стані депресії, може будувати свою роботу, спираючись на різні теоретичні концепції. Якщо він дотримується теорії, що депресію спричинює досвід втрат у ранньому дитинстві, то ключовим методом його роботи буде соціально-психологічне консультування (каунселінг). Якщо фахівець вірить у те, що депресію спричинює нинішнє відчуття безпорадності і безправності, то важливим є пошук причин того, чому людина сприймає себе безвладною над власним життям і яким чином вона може це змінити, які додаткові навички потрібні для цього тощо. У кожному разі потрібно, щоб фахівець виразно усвідомлював, якої саме теоретичної моделі він дотримується, які цінності сповідує, на яких саме концепціях будується його програма дій.

### ***2.1.3. Методи і технології соціальної роботи***

У науковій літературі із соціальної роботи точаться дискусії стосовно визначення методів, форм та рівнів соціальної роботи, а також стратегій втручання та соціальних технологій. Різні видання неоднаково тлумачать ці поняття, подають різноманітні класифікації, намагаються якимось чином згрупувати різновиди діяльності соціальних працівників. Таке розмаїття можна пояснити тим, що практична робота, яка відрізняється від випадку до випадку, важко піддається лінійному структуруванню.

Методи здебільшого розглядають як ту частину соціальної роботи, що відповідає на

запитання: „Як це робиться?”. Це – певні межі, у яких соціальні працівники застосовують власні знання й визначають критерії ефективності своєї роботи. Методи розвивалися й удосконалювалися разом зі становленням соціальної роботи як фаху.

Як зазначено в українському виданні „Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник”, методи соціальної роботи – це „сукупність прийомів, способів діяльності суб’єктів соціальної роботи, які використовують для розв’язання соціальних проблем клієнтів, стимулювання розвитку їхніх власних сил, конструктивної діяльності щодо зміни несприятливої життєвої ситуації. Методи соціальної роботи повинні дати розуміння того, як окремі індивіди або групи можуть пройти шлях від початкового пункту у розв’язанні проблеми до бажаної мети”.

Поняття “метод” увійшло до європейської соціальної роботи після Другої світової війни під впливом американських концепцій. У США до 1960-х років до методів соціальної роботи відносили: індивідуальну роботу, групову роботу, а також роботу в громаді. Вивчали ці методи незалежно один від одного, що відповідало їхньому історичному розвитку. З 1970-х років унаслідок дискусій у Нідерландах і Швеції сформувалися нові підходи, в рамках яких розробляли психологічні моделі і терапевтичні техніки, зокрема, клієнто-центрована терапія спілкування, тренінг відносин, групова терапія.

Отже, у сучасній зарубіжній практиці поширена класифікація методів на первинні (класичні й нові) та вторинні. До класичних методів відносять: індивідуальну підтримку, групову роботу, роботу в громаді. До нових методів – індивідуальну терапію, сімейну терапію, групову терапію. До вторинних – супервізію, планування, консультивання, супровід практики, розвиток організації, менеджмент. Ці методи застосовують, як правило, при структурних змінах, коли індивідуальні процеси і розвиток перебувають ніби на другому плані. Засобами змін виступають дії, активна позиція і меншою мірою вербалізація.

Сучасні українські наукові джерела пропонують різні класифікації методів соціальної роботи – залежно від ознак, закладених в основу класифікації:

- 1) за напрямками і формами: організаційні, соціально-психологічні, соціально-педагогічні, соціально-медичні, соціально-економічні тощо;
- 2) за об’єктами соціальної роботи – індивідуальні, групові, в громаді;
- 3) за суб’єктами соціальної роботи: методи, які застосовують окремі спеціалісти, колектив соціальної служби, орган управління соціальною роботою.

Досить поширеним в україномовній літературі є поділ методів на соціально-

економічні, організаційно-розпорядчі та психолого-педагогічні, що віддзеркалює специфіку роботи українських державних служб соціального захисту населення. Так, перша група *соціально-економічних методів* об'єднує всі ті засоби соціальної роботи, за допомогою яких впливають на матеріальні і моральні, національні, сімейні та інші соціальні інтереси і потреби клієнтів. Ці методи впливу на соціальні та економічні потреби та інтереси застосовують у формі: натуральної і грошової допомоги; встановлення пільг, компенсацій та допомоги; догляду та побутового обслуговування; морального заохочення тощо.

*Організаційно-розпорядчі методи* орієнтовані головним чином на координацію взаємовідношення соціальної роботи з організаційною структурою соціальних служб. Їх відрізняє безпосередність впливу, оскільки вони спираються перш за все на нормативно-правові, регламентуючі акти. Організаційні методи принципово впливають на розв'язання питань роботи соціальних служб через положення та інструкції. Тоді як розпорядчі ж методи, на відміну від організаційних, дозволяють здійснювати більш оперативне розв'язання проблем, своєчасно уточнювати завдання. Залежно від місця в структурі управління і характеру впливу на соціальну роботу організаційно-розпорядчими методами є регламентування, нормування та інструктування.

Нарешті, *психолого-педагогічні методи* відрізняються від попередніх безпосередньою взаємодією з клієнтом через механізм соціально-психологічної, педагогічної зміни його поведінки, самопочуття тощо. Головним є підтримка, надання інформації, роз'яснення, рекомендації та інші форми роботи.

Деякі російські автори виділяють такі методи соціальної роботи, як біографічний метод (через дослідження особистих документів вивчаються суб'єктивні аспекти громадського життя), консультування, моделювання.

Російський автор С. Тетерський розрізняє: *науково-дослідницькі методи* соціальної роботи, тобто ті, які дозволяють отримувати достовірну інформацію й будувати на її основі наукові теорії, та *перетворювальні методи*, тобто засоби та прийоми професійного впливу соціального працівника на клієнта та його оточення. До останніх він відносить: організаційно-розпорядчі методи (регламентування, нормування та інструктування), психолого-педагогічні методи (переконання, соціальна терапія, сповідальний метод тощо), метод соціального діагнозу, метод втручання в критичних випадках, метод роботи в громаді та метод роботи на вулиці.

Вибір методів значною мірою зумовлений специфікою роботи конкретної соціальної служби. В багатьох випадках застосовують цілу низку методів, хоча є й організації, що

віддають перевагу певному методу роботи. У практичній соціальній роботі інколи послуговуються поняттям „група послуг”. Наприклад, у київських службах соціальної підтримки допомога клієнтам зосереджувалася на наданні матеріальної допомоги родині (зокрема, на таких видах діяльності, як надання харчування дітям; забезпечення здорових та безпечних умов у помешканні; придбання спеціального обладнання для догляду за дитиною-інвалідом; придбання одягу або взуття для дитини; придбання насіння для городу тощо), організаційних методах роботи (сприяння працевлаштуванню, представництві інтересів клієнта на міжвідомчому рівні, контролі та інспектуванні, наданні правових консультацій тощо), психолого-педагогічних методах роботи з сім'єю (підтримці та моральному заохоченні, навчання догляду за немовлям, методів виховання дитини, а також ведення домашнього господарства, розподілу сімейного бюджету, обробітку городу, консультування з питань налагодження стосунків тощо).

Деякі автори говорять не про методи, а про соціальні технології, розглядаючи їх як більш широке поняття, аніж методи. Є. Холостова, наприклад, визначає технології як „сукупність наукових знань, засобів, прийомів, методів та організаційних процедур, спрямованих на оптимізацію процесу впливу”. Виділяють такі технології як:

- *соціальна діагностика*, тобто процес наукового визначення та вивчення причинно-наслідкових зв'язків, ставлення індивіда до соціальних цінностей суспільства, вивчення сутності соціальних проблем, котрі утворюють складну життєву ситуацію індивіда, родини, групи;

- *соціальна профілактика*, тобто робота, спрямована на попередження аморальної, протиправної поведінки, іншої асоціальної поведінки, виявлення негативного впливу на життя і здоров'я людей та запобігання такого впливу;

- *соціальна реабілітація*, тобто відновлення порушених чи втрачених суспільних зв'язків, соціальних функцій, приведення індивідуальної чи колективної поведінки у відповідність із загально визначеними суспільними нормами і правилами;

- *соціальна корекція*, тобто подолання чи послаблення вад психічного або фізичного розвитку у дітей, порушення тієї чи іншої функції у дорослих;

- *соціальна терапія*, тобто допомога на емоційному, когнітивному чи поведінковому рівні у визнанні і розв'язанні клієнтом власних поточних труднощів.

З іншого боку, соціальні технології поділяють на інноваційні (спрямовані на впровадження нововведень) та рутинні; глобальні та регіональні; прості та складні тощо.

У літературі також поширено виділення рівнів соціальної роботи – мікро-, мезо- та макрорівня, які також називають індивідуальною роботою, груповою роботою та роботою

в громаді, що власне співпадає з класифікацією методів за об'єктами соціальної роботи. Рівні виділяють тому, що на кожному з них можуть застосуватися власні моделі, методи, стратегії та техніки втручання. Ці рівні в деякій літературі також називають формами соціальної роботи. Отже, умовний поділ соціальної роботи на індивідуальну, групову та роботу в громаді видається найбільш обґрунтованим, бо він дозволяє брати до уваги, на якому рівні й за яким клієнтом ведеться робота, тим часом як конкретні послуги та ролі соціальних працівників можуть змінюватися й розвиватися.

Завдання *індивідуальної роботи* – вирішення проблеми клієнта шляхом надання йому підтримки та заохочення розібратися у власних труднощах та подолати їх. Процес індивідуальної роботи складається з кількох етапів: встановлення контакту, вивчення та аналіз проблемної ситуації, визначення цілей і задач роботи, здійснення запланованого, оцінка досягнутого.

Індивідуальна соціальна робота передбачає роботу з конкретним випадком. Існує кілька моделей ведення випадку. Одна з них – адміністративна – полягає в тому, що соціальний працівник, оцінивши потреби клієнта, скеровує його до інших соціальних служб, координує надання соціальних послуг іншими службами та роботу клієнта над розв'язанням власних потреб. Інша модель – інтенсивного догляду – виходить із необхідності клієнта в отриманні безпосередньої практичної і терапевтичної підтримки від соціального працівника, до якого звернувся клієнт.

Робота з конкретних випадками у сучасній практиці соціальної роботи передбачає як **короткочасну** так і **довготривалу допомогу**, що у кожному окремому випадку обґрунтовується парадигмою потреб клієнта, його особливостями, метою втручання, ресурсами агенції.

Індивідуальна робота спрямована на надання допомоги індивідам і сім'ям у розв'язанні психологічних, міжособистісних, соціоекономічних проблем шляхом взаємодії з клієнтом. Вона дозволяє враховувати особливості розвитку, фізичного і духовного стану, рівень підготовки, інтересів і потреб, життєвий досвід клієнта. Це – одна з найпоширеніших форм діяльності соціальних працівників. Вона ґрунтується на результатах систематичного вивчення життєдіяльності, соціальної активності, працездатності, запитів та інтересів клієнтів.

*Групова робота* базується на положеннях про те, що група сприяє пізнанню себе, свого досвіду, можливостей, та дає людині зворотній зв'язок щодо її поведінки, сприйняття оточуючими тощо. Метою даного методу є надання допомоги клієнту через передачу групового досвіду для розвитку його фізичних і духовних сил, формування

соціальної поведінки.

Особливість соціальної групової роботи полягає у тому, що вона дає можливість клієнтам соціальної роботи стати більш незалежними і ініціативними у прийнятті самостійних рішень стосовно важливих проблем та виявляти відповідальність за зміни, які відбуваються в їхньому житті. Ключовими цілями соціальної групової роботи є створення групового клімату, завдяки якому члени групи почувають себе достатньо упевненими для обміну досвідом розв'язання проблем; підтримання ініціативи членів групи, розвиток навичок спілкування, усвідомлення власної цінності; відновлення самоповаги.

Різновиди групової соціальної роботи:

1) групова робота з ініціативи і при участі соціальних служб, соціального працівника;

2) самостійно організовані групи взаємопідтримки (самокерована групова робота).

До групової соціальної роботи належать: групові інтерв'ю; групова консультація; соціально-психологічний тренінг; лекція, бесіда, дискусія; організація групи взаємодопомоги або групи соціальної дії.

Групове інтерв'ю використовують для виявлення та дослідження широкого кола проблем цільової групи, він дає змогу в короткий час зібрати інформацію щодо клієнта. В соціології метод групового інтерв'ю називають методом фокусної групи. Технологія проведення групового інтерв'ю: підготовка обладнання та приміщення; комплектування групи; власне проведення групового інтерв'ю (етап встановлення контакту з групою; обговорення запитань; завершення); підсумки.

На відміну від групового інтерв'ю, групова консультація проводиться з реальною групою, яка має спільну проблему, а також тоді, коли проблема одного члена групи вимагає спільних дій групи. Групове консультування дає змогу не лише виявити і проаналізувати проблему групи, а й мобілізувати всіх членів групи на спільні дії, спрямовані на подолання проблем, дозволяє подолати внутрішні перешкоди на шляху спільних дій.

*Робота в громаді* ґрунтується на взаємодії соціальної служби чи соціального працівника з представниками різних груп, організацій, місцевих жителів та передбачає: розвиток соціальних зв'язків у місцевій громаді, організацію системи взаємодопомоги та кооперації певної групи людей, розробку, впровадження та оцінку ефективності різних соціальних програм, що пов'язані з потребами чи інтересами населення.

Робота в громаді відрізняється від інших рівні чи методів соціальної роботи передусім тим, що клієнтом є не одна людина чи мала група, а мешканці територіальної



громади чи члени громади за інтересами в цілому. Різниця у потребах чи проблемах клієнта зумовлює застосування відповідних прийомів, засобів, тактик з метою вирішення труднощів. Зрозуміло, що вони будуть відрізнятися відповідно до наявної проблеми. Так, робота в громаді може передбачати використання тактик, що не застосовуються в межах інших методів (наприклад, лобіювання, роботу з засобами масової інформації, проведення масових акцій, демонстрацій, налагодження стосунків та співпрацю з місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування тощо).

У практиці соціальної роботи за кордоном існують два підходи до розв'язання соціальних питань у громаді:

1) підхід на основі надання послуг основі надання послуг (професіонали або експерти визначають потреби громади і пропонують певні послуги, щоб задовольнити виникли потреби. Ці експерти можуть вивчати думку громади шляхом обстежень, опитувань або форумів, але, зрештою, саме вони вирішують, що означає отримана інформація, і яким буде найкраще рішення. До того ж, послуги громаді надаються персоналом різноманітних служб, який отримує за це заробітну. Послуги надаються в таких; сферах, як охорона здоров'я, освіта та відпочинок вразливим групам людей - сиротам, інвалідам, особам похилого віку та нужденним);

2) підхід на основі розвитку громади (пересічні люди визначають свої власні потреби, виробляють рішення і працюють разом, щоб виконати його. До того ж, саме пересічні громадяни вчать, як працювати разом ефективно та як здійснювати як оцінку потреб, планування, впровадження та оцінку результатів. Звісно, що вони можуть отримати допомогу та підтримку від фахівців із спеціальними знаннями, але саме ці люди, а не фахівці, контролюють процес).

Прийнято також розрізняти три рівні роботи в громаді: 1) базова або робота за місцем проживання з окремими людьми, сім'ями та групами, а також самостійна діяльність місцевих мешканців; 2) робота місцевих агенцій або між агенціями, тобто діяльність, очолювана органами влади та/або організована іншими структурами; 3) регіональна та національна робота з планування громад.

Зазвичай, соціальні працівники мають право вибору методів і технології роботи, стратегії втручання, що ґрунтується на певній теоретичній моделі. Цей вибір зумовлюється: цілями втручання, погодженими між соціальним працівником і клієнтом; потребами клієнта (наприклад, необхідністю розвинути почуття самоповаги чи потреба впливу на оточення); доведеною ефективністю застосування методики у подібних ситуаціях; можливостями клієнта, працівника та соціальної служби; наявністю ресурсів та

досяжністю у відведений період часу (деякі соціальні служби не можуть дозволити собі програм, побудованих на налагодженні довготривалих терапевтичних взаємин між клієнтом і фахівцем); політикою організації, впливом інших чинників.

---

## **Висновки**

---

1. Теорії дозволяють соціальним працівникам добирати й пов'язувати факти, з якими практики стикаються у своїй діяльності. Теорії допомагають визначити загальні властивості, які пояснюють події, що спостерігаються. Вони також практичній діяльності науковий фундамент, професійний спосіб мислення, набір ідей, закономірностей, які можна перевести на технологічний рівень для застосування у безпосередній практиці.

2. Існують різні класифікації теорій та теоретичних моделей соціальної роботи. За спорідненістю з іншими соціально-гуманітарними науками теоретичні моделі соціальної роботи поділяють на психологічні (психодинамічна, когнітивно-біхевіористська та гуманістична моделі), соціологічні (системно-екологічна, соціально-радикальна моделі, теорія ролей і стигматизації) та комплексні (модель кризового втручання, зосереджена на завданні модель, сімейна терапія, психосоціальна терапія).

3. Методи соціальної роботи - певні межі, у яких соціальні працівники застосовують власні знання й визначають критерії ефективності своєї роботи. Існують численні класифікації методів соціальної роботи, що беруть за основу той чи інший показник, критерій, характеристику. До класичних методів належать: індивідуальна допомога, групова робота, робота в громаді.

## **Запитання для самоперевірки**

1. У чому полягає призначення теорії соціальної роботи?
2. Чим, на Вашу думку, викликана багатоманітність теоретичних моделей соціальної роботи?
3. Які теорії об'єднує група психологічних моделей соціальної роботи?
4. Які соціологічні моделі застосовують у практиці соціальної роботи?
5. Як Ви розумієте сутність та особливості методів соціальної роботи?
6. Як, на Вашу думку, відрізнятиметься соціальна робота з людьми похилого віку на різних рівнях (індивідуальному, груповому, в громаді)?

## **Література**

1. Введення у соціальну роботу /Семигіна Т.В., Грига І.М. та ін. – К.: Фенікс, 2001.
2. Громада як осередок соціальної роботи з дітьми та сім'ями / За заг. ред. І.Д. Звереві. – К.: Науковий світ, 2004.
3. Гусякова Л.Г., Холостова Е.И Основы теории социальной работы. – М.: Институт социальной работы, 1997.
4. Лукашевич М.П., Мигович І.І. Теорія і методи соціальної роботи. – К.: МАУП, 2002.
5. Нойфельд И. Методы социальной работы // Теория и практика социальной работы: отечественный и зарубежный опыт. – М.-Тула, 1993.
6. Пейн М. Сучасна теорія соціальної роботи: Пер. з англ. – К., 2000.
7. Попович Г. Соціальна робота в Україні та за рубежом. – Ужгород: Гражда, 2000.
8. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И. Холостовой. – М.: Юристь, 2000.
9. Социальная работа: Уч. пособие / Под ред. В.И. Курбатова. – 3-е изд. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003.
10. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Вид. дім „Києво-Могилянська академія”, 2006.
11. Соціальна робота. В 3-х ч. – Ч.2. Теорії та методи соціальної роботи / За ред. Т.В. Семигіної, І.М. Григи. – К.: Києво-Могилянська академія, 2004.
12. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник. – К.: УДЦССМ, 2002.
13. Соціальна робота: Хрестоматія. – К.:УДЦССМ, 2001.
14. Соціальні служби – родині: Розвиток нових підходів в Україні / За ред. Григи І.М., Семигіної Т.В. – К., 2002.
15. Теория социальной работы: Учеб. пособие./ М.В. Ромм, Е.В. Андриенко, Л.А. Осьмук, И.А. Скалабан и др.; Под ред. М.В. Ромма. – Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2000.
16. Теорії і методи соціальної роботи / За ред. Семигіної Т.В., Миговича І.І. – К.: Академвидав, 2005.
17. *Тетерский С.В.* Справочное пособие по социальной работе / Под ред. А.М. Панова, Е.И. Холостовой. – М.: Юристь, 1997. – С. 85-86.
18. Технології активізації громади: Метод. посібник / За заг. ред. О.В. Безпалько. – К.: Науковий світ, 2006.

## **2.2. Психологічні моделі соціальної роботи**

### 2.2.1. Психодинамічна модель соціальної роботи

**Психодинамічна модель соціальної роботи** – підхід, який фокусується на внутрішньому житті індивіда і послуговується психічним детермінізмом (принципом згідно з яким дії та поведінка людини породжуються її мисленням, а не впливом міжособистісних відносин або навколишньої ситуації).

Психодинамічну модель утворюють різнопланові теорії та концепції:

- 1) психоаналітична теорія Зигмунда Фрейда;
- 2) концепція колективного несвідомого Карла Юнга;
- 3) індивідуальна психологія Альфреда Адлера;
- 4) концепція психосоціального розвитку людини Еріка Еріксона;
- 5) транзактний аналіз Еріка Берна тощо.

**Психоаналітична теорія** австрійського психіатра З. Фрейда наголошує взаємодії між інстинктами, мотивами і нахилами людини. Доповнена його учнями й опонентами – К. Юнгом, А. Адлером, “неофрейдистами”- К.Хорні, Е.Фроммом, Е. Берном та іншими вченими, вона й сьогодні перебуває в арсеналі соціальних працівників, хоча досить часто викликає певні заперечення щодо ефективності її застосування в соціальній роботі.

Психоаналітична теорія спирається на ідею, що будь-яка поведінка людини мотивована підсвідомими механізмами, які мають коріння у ранньому дитинстві. З. Фрейд запропонував *структурну концепцію психічної діяльності*, згідно якої у психіці людини можна виділити три основні інстанції:

1) *Ід* або “*Воно*” (вмістилище інстинктивних потягів та сил, в основному, сексуальних та агресивних; є цілком неусвідомленим, діє за принципом задоволення і спрямоване на негайне задоволення всіх виникаючих потреб, в тому числі й несумісних поміж собою, що, як відомо, найбільш притаманне дитячому віку);

2) *Его* або “*Я*” (найбільш свідому, зрілу, пов’язану з адаптацією до внутрішньої та зовнішньої реальності силу; сукупність пізнавальних психічних процесів, переробленого та засвоєного життєвого досвіду, вмінь та навичок, діє за *принципом реальності* і відповідає за пристосованість до зовнішньої і внутрішньої реальності);

3) *Супер-Его* або “*Над-Я*” ( набуте зібрання моральних правил та заборон – голос совісті або внутрішній “представник соціуму”; формується шляхом інтеріоризації образів та вимог батьків, переважно у *едипальний період розвитку* – 4-6 років, та інших виховних впливів (мораль, релігія), залишається більшою частиною несвідомим і діє за *принципом підкорення обов’язку*, в тому числі шляхом самопокарання за “погані” думки та вчинки).

Ці структурні інстанції формуються упродовж дитинства шляхом розгалуження та закріплення основної (сексуальної) енергії життя - лібідо, від їхньої розвиненості залежить гармонійність внутрішнього життя людини та її здатність до соціальної адаптації.

За Фройдом, “Воно” і “Над-Я” мають протилежні цілі та перебувають у постійному конфлікті, зоною вирішення якого стає “Я”. Прикладом конфлікту в середині “Воно” можуть слугувати несумісність водночас існуючих потягів до життя та смерті, потреби заволодіти об’єктом і страху наблизитися до нього. Внутрішній конфлікт в “Над-Я” може базуватися в засвоєних несумісних моральних цінностях або правилах, наприклад, між цінностями свободи і підкорення авторитету і т. ін.

Сильні, “несоціалізовані” первинні інстинкти, занадто жорстке і караюче або, навпаки, слабо розвинене “Над-Я” поряд зі слабким “Я” призводять до нездатності “Я” ефективно функціонувати. В таких випадках може відбуватися не адекватне, а невротичне вирішування конфліктів: зовнішньо конфлікт “начебто розв’язується”, а насправді він тільки пом’якшується, віддалюється, блокується шляхом утворення невротичного симптому. Щоб усунути тривогу, біль і напруження від нерозв’язаних конфліктів, зберегти самооцінку, слабке “Я” схильне користуватися різними формами *психологічного захисту* – несвідомими механізмами невротичного запобігання конфлікту. В сучасному психоаналізі виділяють більш зрілі види психологічного захисту, притаманні невротичному рівню розладів і нормі, до яких відносять наступні:

- *витіснення* (усунення зі свідомості неприємних, травмуючих або несумісних з самооцінкою спогадів і думок);
- *проекцію* (приписування іншим людям або об’єктам неприйнятних для себе якостей, видів поведінки та її мотивів),
- *раціоналізацію* (псевдологічне пояснення причин власних дій, що начебто усуває існуючи протиріччя);
- *формування реакцій* (переорієнтацію неприйнятного ставлення або бажання на протилежне; наприклад, садистичних імпульсів - на бажання допомогти та захищати інших);
- *сублімацію* (найбільш продуктивна форма, що уявляє собою не блокування психічної енергії, а каналізацію її в творче або професійне русло).

До незрілих, більш примітивних форм психологічного захисту, що частіше спостерігаються при більш глибоких - пограничних і психотичних розладах, відносять:

- *регресію* (повертання на один з попередніх рівнів розвитку);
- *розщеплення* (ментальне розділення несумісних уявлень і почуттів, що

використовуються почергово);

– *ізоляцію афекту* (утворення ізольованих “капсул”, в яких утримуються неприйнятні почуття);

– *проективну ідентифікацію* (вміщення власних неприйнятних почуттів в іншу людину таким чином, що вона починає їх відчувати і діяти відповідно).

Психоаналіз виходить з поняття *психічного гомеостазу* або збереження енергії. Стосовно такого підходу сильне Его, яке може успішно розв’язувати численні внутрішні і зовнішні протиріччя, а також узгоджувати бажання і потреби людини, може формуватися за рахунок “відвойовування” території і енергії у “Воно” і “Над-Я”. За словами Фрейда, психоаналітичне консультування має привести до того, що там, де було “Воно”, має стати “Я”, тобто мають відбутися структурні зміни у психіці.

**Концепція колективного несвідомого**, запропонована К. Юнгом, стверджує провідну роль несвідомого, яке має колективний характер. До нього належить усе те, що накопичено людством, ті глибинні психологічні утворення, котрі передаються з одного покоління до іншого у вигляді так званих архетипів. Під архетипом Юнг мав на увазі утворення, які існують уже в момент народження дитини і містять досвід попередніх поколінь. Ці утворення мають форму символів, міфів, традицій тощо і саме вони організують психіку.

Звідси випливає провідне завдання допомоги людині – допомогти усвідомити Власні проблеми, що криються у структурі психіки. Усвідомлення має бути контрольованим, керованим і таким, що дає змогу клієнтові позбутися проблем, що його непокоять.

**Індивідуальна психологія** А. Адлера виходить із розуміння несвідомого як домінування індивідуалізму. Коли людина виконує свою життєву ціль, вона прагне бути „особливою”, піднятися над власним комплексом меншовартості, від якого намагається позбутися завдяки цілі.

У дитини формуються цілі і життєві плани, яким вона свідомо чи несвідомо слідує, рівняючись на взірць – досягнення та приклади інших „переможців”. Внаслідок цього формуються світогляд, інтереси, бажання особистості або гальмівні механізми. Індивідуальна психологія Адлера, окрім прагнення особистості до довершеності (набуте під час життя), визнає й почуття спорідненості (вроджене). Таким чином, Адлер, відмовившись від жорстких рамок залежності психіки людини від несвідомого, спробував гуманізувати людську особистість.

**Концепція психосоціального розвитку людини у суспільстві, розроблена**

представник еґо-психолоґії Е. Еріксоном, бере до уваги як внутрішньопсихічні процеси, так і особливості соціальних зв'язків на різних його етапах. Ця концепція вважається найбільш прийнятною для застосування в соціальній роботі. Згідно з нею розвиток людини відбувається шляхом її проходження через кілька *психосоціальних криз*, успішне розв'язання кожної з яких слугує фундаментом для проходження наступної фази розвитку. Наприклад, психосоціальною кризою першого року життя вважається боротьба довіри до оточення з недовірою (переважно у стосунках з матір'ю); її позитивним наслідком є розвиток базової довіри до людей, до життя і віри у те, що сильні бажання можуть бути досяжними. Основним набуттям розвитку людини, яке підготовлене всіма попередніми стадіями, Еріксон вважав почуття *ідентичності* – інтегрованого уявлення про себе як унікальну індивідуальність, яке формується у підлітковому віці (переважно у групах однолітків). Усталена Еґо-ідентичність є основою для подальшого утворення партнерських і близьких стосунків, успішної самореалізації.

**Трансактний аналіз Е. Берна** – ориґінальний погляд на поведінку людини, в основі якої перебувають неусвідомлені, запрограмовані ігри, в які вона грає впродовж життя. БERN вважав, що кожній людині притаманний певний набір психічних якостей, поведінських схем свого „Я”. Репертуар цих станів він визначав, як:

„Батько” – позиція, що виявляється у висуванні вимог, оцінюванні, осуді та схваленні, повчанні співрозмовника, керуванні ним, заступництві;

„Дорослий” – позиція, яку характеризує розсудливість, раціональність, опора на отримання інформації, об'єктивність, спілкування нарівні;

„Дитина” – позиція, який властива надмірна емоційність, підкорення, безпорадність.

У спілкуванні кожен із партнерів може займати одну з цих позицій щодо іншого. Саме такі взаємодії партнерів отримали назву *трансакцій*.

Залежно від того, на яких позиціях відбувається взаємодія, визначається спосіб *прилаштування партнерів*. Якщо трансакція відбувається на одному рівні, тобто позиції співпадають, то йдеться про прилаштування поруч. А коли позиції не співпадають – то розрізняють прилаштування згори і прилаштування знизу.

Прилаштування залежить від того, як сприймає співрозмовник позицію свого партнера. Якщо розподіл позицій, який визначає ініціатор, інший сприймає як такий, що влаштовує його, то позиції складають ніби одне ціле, доповнюють одна одну. Така взаємодія забезпечує неконфліктне спілкування. Якщо ж партнер не сприймає позицію ініціатора, то трансакції перехреснюються і це означає передконфліктну ситуацію. Наприклад, ініціатор позиції „Батька” (скажімо, соціальний працівник) звертається до

позиція „Дитина” клієнта. А той відповідає, займаючи таку ж саму позицію, тобто зі своєї позиції „Батька” до позиції „Дитина” ініціатора. Тобто кожен із них прилаштовується до партнера зверху.

Крім явних, очевидних трансакцій існують і приховані, коли зі слів партнерів можна зробити висновок про наявність взаємодоповнюючих позицій, а з психологічного підтексту виявляється, що насправді стосунки тих, хто спілкується, є напруженими.

Кожен із визначених Берном станів робить життя по-своєму повноцінним, але всі вони повинні перебувати в оптимальній рівновазі. У протилежному разі виникають проблемні ситуації.

Психодинамічна модель пропонує соціальними працівниками такі **ключові техніки**, як перенесення, контрперенесення, інтерпретація, які використовують в індивідуальній та груповій роботі з клієнтами..

**Перенесення** - особливий тип об'єктних стосунків, який характеризується переживанням клієнтом деяких почуттів по відношенню до особистості соціального працівника, що ” не підходять” до неї і в дійсності адресовані іншій людині. Перенесення є повторенням, новим “виданням” старих об'єктних стосунків. Ознаками переносних реакцій вважаються їхня недоцільність, інтенсивність, амбівалентність, неусталеність, ригідність. Перенесення може проявлятися у невиправдано негативному або прихильному ставленні, у немотивованих зовнішньо реакціях ненависті або закоханості, страху або конфронтації і т. ін. Воно завжди уявляє собою якусь “звичну” реакцію клієнта на іншу людину з її минулого, але в той же час має “зачіпки” в його реальних стосунках з соціальним працівником. Усвідомлені соціальним працівником, такі реакції мають обговорюватися з клієнтом, доводитися до його розуміння, особливо, якщо вони перешкоджають просуванню у розв'язанні проблем клієнта - стають *основою для змін*, або створюють додаткові труднощі в його життєвих стосунках.

**Контрперенесення** полягає у внутрішньому відгуку (емоційному, ментальному) на перенесення з боку клієнта, хоча може бути й проявом власних реакцій перенесення соціального працівника на клієнта, як на фігуру зі свого минулого. Такі реакції і почуття притаманні всім людським стосункам, але професійний підхід до них передбачає усвідомлення їхньої необґрунтованості, відділення їх від реальних почуттів до клієнта. Самоаналіз контрперенесення допомагає краще зрозуміти клієнта і проблеми його стосунків з іншими, тому рекомендується не діяти по відношенню до клієнта, виходячи з контрперенесених почуттів, а аналізувати і розуміти їх.

**Інтерпретація** – прояснення для клієнта зрозумілих соціальному працівникові,



зв'язаних у ціле механізмів, проявів і витоків його проблем, яке сприяє усвідомленню і може супроводжуватися інсайтом – миттєвим, цілісним розумінням проблеми. В реальній роботі інтерпретація потребує подальшої тривалої **проробки** – спільного з клієнтом аналізу і розуміння проявів неадаптивних механізмів поведінки і взаємодії в різних сферах його життя., дослідження минулих подій і сучасної ситуації клієнта.

Інтерпретація вважається потужною технікою, що сприяє структурним змінам у психіці. Важливою є її своєчасність, яка визначається підготовленістю клієнта і його спроможністю сприйняти інтерпретацію і засвоїти її, що потребує досить сильного Его. Клієнтам зі слабким, нарцистично враженим Его це може бути не по силах, для них цілющими мають стати теплі, довірливі, підтримуючі стосунки (терапевтичний альянс) з соціальним працівником, що дозволяють їм переробляти численні тривоги й заповнювати певні внутрішні пустоти, які спричинені неякісними ранніми стосунками. Таким чином, зміцнюється сила Его, яке стає більш спроможним справлятися з внутрішніми і зовнішніми труднощами власного існування.

Отже, психоаналітична концепція збагатила соціальну роботу теоріями психічного розвитку людини, її соціалізації; методами уважного ставлення до суб'єктивної психічної реальності клієнта, що передбачає вміння слухати та аналізувати його висловлювання та дії; розумінням важливості встановлення довірливих та поважних взаємовідносин – терапевтичного альянсу з клієнтом; техніками конфронтації, аналізу перенесення, опору та психологічних захистів особистості.

Специфіка використання психодинамічного підходу в роботі з різними групами клієнтів полягає в урахуванні типових несвідомих механізмів, що обумовлюють їхні вікові або поведінкові особливості. Наприклад, для спеціалістів, які працюють з правопорушниками, важливими є аналіз психологічних чинників, які можуть впливати на скоєння злочину, до них відносять: негативні уявлення правопорушника про самого себе; недостатній розвиток “Я”, “Над-Я” та “Я-ідеалу”, посередні розумові здібності. Вчені також виявили, що правопорушники менш прив'язані до родичів, мало гралися та навчалися у дитинстві, не відчують поваги до порядку і закону. Ті з них, що схильні до скоєння злочинів проти особистості, мають також високий рівень агресії.

Психодинамічна концепція залишається впливовою в теорії і практиці соціальної роботи, а також й такою, що найбільш піддається критиці. Найчастіше застосування психоаналізу в соціальній роботі критикують за такі його позиції:

підкреслення переважної ролі несвідомих процесів і сексуальності, недостатня увага до соціальних аспектів в мотивах поведінки людини;

біологізаторський підхід до пояснень психологічних і соціальних процесів, що часто сприймається як недостатня повага до людського призначення;

медична модель стосунків з клієнтом: пацієнт-лікар (або експерт), що вважається недостатньо рівноправною;

патерналістичні позиції (в основному в роботах самого З.Фройда), в яких проглядається стереотипне патріархальне, дискримінаційне ставлення до жінок;

латентно звинувачувальний підхід до клієнта, оскільки від нього вимагається відчувати власну відповідальність за недостатнє пристосування до умов оточення;

лікування розмовами, що обмежує можливості людей, що менш спроможні вербалізувати власні думки;

індивідуалістична спрямованість і недостатня зацікавленість в соціальних реформах, що виключає важливі елементи соціальної роботи.

Як можна бачити, наведені критичні зауваження в основному стосуються клінічних аспектів застосування психоаналізу, який може використовуватися в соціальній роботі тільки в обмеженому вигляді, оскільки, метою соціальної роботи є надання різних видів соціальної підтримки для полегшення соціального існування клієнтів.

### ***2.2.2. Когнітивно-біхевіористська модель соціальної роботи***

Основою біхевіористських (поведінкових) та когнітивних (пізнавальних) моделей соціальної роботи є відповідні психологічні теорії, які описують поведінку людини і методи впливу на її зміни.

Насамперед, спробуємо розібратися з ключовим поняттям цих теорій – поведінкою. Адже непорозуміння часто виникають через хибне тлумачення базових термінів, особливо тих, до яких ми звикли й над якими не замислюємося.

Термін „поведінка” застосовують до різноманітних дій і реакцій, які виявляють люди. У соціальній роботі використовують низку психологічних концепцій і моделей, що пропонують різні тлумачення поведінки і відповідно – різні техніки впливу.

Модель практики соціальної роботи, що отримала назву біхевіористської (поведінкової), передбачає здійснення втручань, що посилюють поведінку, визнану клієнтом і соціальним працівником як дефіцитну, бажану, та зменшують, притлумлюють поведінку, визнану небажаною. Це досягається, кажучи узгальнено, завдяки винагороді (позитивному) підкріпленню за поведінку, яка є дефіцитною.

***Біхевіористська модель*** спирається на розгляд поведінки людини як такої, що детермінована впливами зовнішнього середовища, та спрямована на те, щоб сприяти

згасанню небажаних форм поведінки і підсилювати бажану поведінку людей за допомогою різних форм підкріплення і соціального навчання.

У біхевіористській теорії наголос зроблено на сильному впливі оточуючого середовища, що формує поведінку людини і сприяє тривалому її збереженню. Батьком біхевіоризму вважають Д. Уотсона, він сформулював основні теоретичні позиції (1914), спираючись на експерименти і висновки Е. Торндайка та І. Павлова, що були виконані на тваринах (як і більшість інших досліджень цієї теорії) і адаптовані до людської поведінки.

Біхевіористська модель, яка вважається зібранням взаємопов'язаних концепцій і принципів, складається з низки основних підходів:

- 1) класичне обумовлювання;
- 2) оперантне обумовлювання;
- 3) соціальне наuczіння (навчання).

**Класичне обумовлювання** (Д. Уотсон) здійснюється за схемою “стимул-реакція” (**S-R**), і полягає в конструюванні специфічного набору стимулів для отримання потрібної поведінки або створення умов для згасання небажаної поведінки (контробумовлювання) (рис. 2).

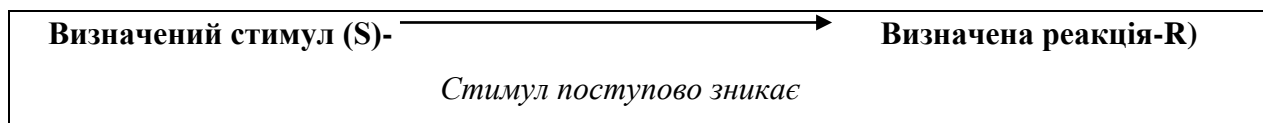


Рис.2. Схема класичного обумовлення .

**Оперантне обумовлення** (Б. Скіннер) виходить з того, що поведінка оперує в оточуючому середовищі, призводячи до певних наслідків, і тому вона обумовлюється не стільки попередніми стимулами, скільки самими її наслідками. Виділяють наслідки, що посилюють певну реакцію і роблять її стійкою, та ті, що послаблюють або руйнують її: вони, ці наслідки мають назву “підкріплення” (рис. 3). Позитивне підкріплення - це отримання індивідом внаслідок дії певного заохочування (наприклад, схвалення) або покарання (наприклад, штрафу). Негативне підкріплення полягає в тому, що певний стимул внаслідок дії вилучається (наприклад, каральний або заохочувальний).

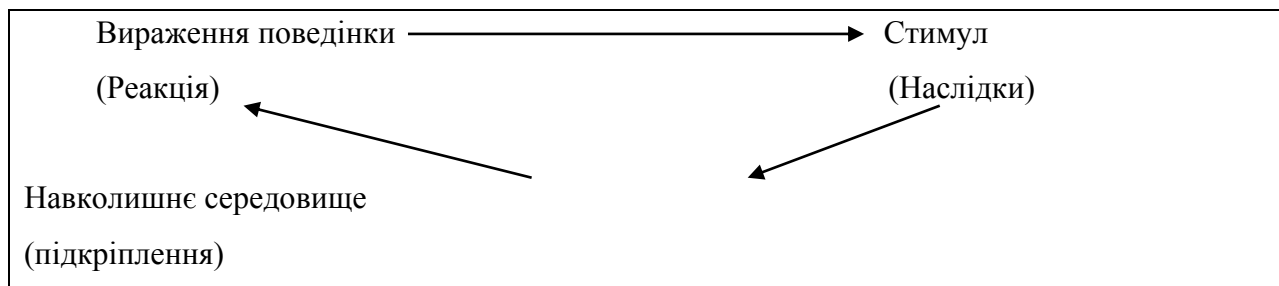


Рис. 3. Схема оперантного обумовлення

**Соціальне наuczіння** (А. Бандура) виходить із того, що люди навчаються, імітуючи

поведінку, інших завдяки спостереженню за оточуючими та отриманню винагород за певні дії. Воно розглядає поведінку за формулою (**S-O-R**), де

**S** – стимул,

**O** – опосередковані організмом когнітивні реакції,

**R** – реакція, вияв поведінки людини.

Автор цієї моделі вважав, що люди мають соціально-когнітивні здібності (до символізації, передбачування, опосередкування, саморегуляції і самоаналізу), які дозволяють їм навчатися поведінці і модифікувати її. Два головних засоби навчання – це навчання через спостереження-наслідування (вікарне) і навчання в дії.

У цілому біхевіористський підхід вважається за такий, що більш фокусується на цілях консультування, ніж на її процесі. Цілі визначаються разом з клієнтом після вивчення в ході попередніх інтерв'ю його основних проблем та поведінки, що підлягає корекції, а також його мотивації до змін. В ході такого дослідження та в подальшій роботі важливу роль відіграють записи: плани, контракти, програми, облікові щоденники, в яких фіксують певні ситуації, реакції на них і зміни, що відбуваються; використовують картки, які наклеюють у колонки для фіксації фактів певної поведінки, застосовують з тією ж метою автоматичні чи умовні лічильники.

Як і при застосуванні інших концепцій, у біхевіористичній соціальній роботі важливим є налагодження теплих взаємин між соціальним працівником і клієнтом. При цьому соціальному працівникові рекомендується спиратися також на інтуїтивне проникнення в проблеми клієнта. Недоліки й обмеження біхевіористського підходу - недостатня увагу до внутрішніх мотивів поведінки, історії життя клієнта, нехтування інтрапсихічними процесами.

**Найпоширенішими техніками у рамках біхевіористського підходу є:**

- принцип реципрокного (поступового) гальмування;
- поведінковий контракт;
- соціальне моделювання;
- тренінги вмінь;
- символічна економіка.

*Принцип реципрокного (поступового) гальмування* полягає у формуванні в індивіда такої конкуруючої реакції, що пригнічує небажану реакцію. Гальмування має відбуватися за наявності тих стимулів, що викликають небажану реакцію. Небажаними реакціями можуть виступати будь-які звички до неадаптивної поведінки, що формуються впродовж життя. Основою більшості з них вважають тривогу та страх. Для згасання небажаної

реакції необхідно викликати таку несумісну зі страхом, конкуруючу реакцію, яка є найефективнішою для клієнта. Такими реакціями можуть бути: асертивні; сексуальні; релаксації; дихальні; “полегшення тривоги”; змагально-обумовлені моторні реакції; емоційні, що викликані процесом інтерв'ю; абреакції – вивільнення напруги, що викликана пригніченими емоціями, тощо.

Наприклад, спочатку клієнта навчають прийомів релаксації, а потім поступово під час стану релаксації пред'являють його уяві стимули, що викликають страх або тривогу в різних ситуаціях його життя, починаючи з найменшого за силою стимулу.

*Поведінковий контракт* є самостійною технікою роботи з клієнтом. В ньому узгоджено з клієнтом викладають зміни поведінки, що мають відбутися, і дії, які має виконувати для цього клієнт. Важливим етапом цієї техніки є переговори з клієнтом та досягнення його свідомої згоди виконувати контракт. Ця техніка, в якій визначають спільну відповідальність працівника і клієнта у досягненні бажаних результатів, широко застосовується в соціальній роботі.

Інша техніка - *соціального моделювання* - базується на теорії соціального наочіння. У ній використовують здібність людей навчатися, спостерігаючи поведінку інших. Це відбувається шляхом спостереження і розумового кодування (запам'ятовування) поведінки іншого та її обставин і наслідків, а також подальшого її відтворення у доречній ситуації. Зразки або моделі поведінки у вигляді відео, аудіозаписів, життєвих ситуацій пропонуються консультантом а потім їхнє застосування підтримується і закріплюється в процесі взаємодії між клієнтом і консультантом. Прикладами використання цієї техніки в соціальній роботі може слугувати навчання клієнтів здоровій адаптивній поведінці в різних спільнотах, де вони можуть спостерігати поведінку людей, що позбавилися від алкогольної або наркотичної залежності і ведуть тверезе життя, перестали дозволяти застосовувати насильство по відношенню до себе та ін.

Найпоширеніший приклад застосування біхевіористського підходу – так звані *тренінги вмінь*, тобто навчання доцільній поведінці, вмінням, необхідним для вирішення побутових проблем клієнта, а також для підвищення його професійної ефективності. До “груп умінь” належать групи зниження тривожності й набуття впевненості в собі (асертивності); групи комунікативних умінь (для осіб з труднощами або помилками у спілкуванні); групи прийняття рішень; групи планування кар'єри тощо. Такі біхевіористські процедури як тренінг ведення переговорів, тренінг управління гнівом можна використовувати для розв'язання проблем жорстокого поводження з дітьми та їхньої занедбаності.

Розробляючи програму навчання клієнтів соціальним вмінням, соціальні працівники повинні визначити:

- 1) середовище навчання (виявлення тих варіантів та умов, з якими стикнеться людина);
- 2) низку прийнятних варіантів ланцюгу „стимул-реакція” (варто вивчити, чого слід очікувати і навчати як можливим моделям поведінки та і вірогідним реакціям на них);
- 3) приклади для навчання, зокрема, ті, що є типовими для цілого шерегу реакцій, і ті, які небажані для копіювання;
- 4) послідовність вивчення прикладів.

У деяких соціальних закладах (скажімо, для підлітків із проблемами в поведінці, правопорушників, людей із проблемами психічного здоров'я чи розумовою відсталістю, реабілітаційних центрах для залежних) застосовують так звану „символічну економіку”, тобто систему оперантного навчання, яка використовує з певними інтервалами заохочення бажаної поведінки.

Персонал визначає, яка саме поведінка й у який спосіб повинна заохочуватися, про що повідомляють мешканцям закладу. За демонстрацію такої поведінки клієнти отримують якісь „символи” (бали, фішки, жетони абощо), котрі накопичують і згодом можуть обміняти на якусь винагороду – товари чи привілеї. Зазвичай, складають перелік винагород, для отримання кожної з яких потрібно представити визначену кількість символів. Звичайно, не всі клієнти можуть вірити в таку символічну економіку, і прагнення персоналу досягти змін поведінки клієнтів у бажаному напрямку може спричинити надмірну суворість працівників та стимулювати насильство. Актуальною вважається також проблема уповільнення бажаних реакцій з часом, тому для збереження поведінкових досягнень після усунення матеріальних винагород (жетонів) клієнтів спонукають використовувати самопідкріплення залежно від ступеню здійснення бажаної поведінки.

**Когнітивна психологія** на відміну від поведінкового і психодинамічного підходів основну увагу приділяє пізнавальним структурам психіки. Згідно з когнітивним підходом, інформація надходить до нас через наші сенсорні органи, інтелект її сприймає, обробляє й кладе в пам'ять, аби у відповідний час за відповідних обставин перенести її на терен мовлення і поведінки. Людська психіка досліджується представниками когнітивної психології з точки зору пізнавальних і орієнтаційних здатностей - відчуттів, сприймання, мислення, уяви, пам'яті. Невротичні і поведінкові проблеми вважають наслідками помилкового сприйняття, хибних уявлень, узагальнень та інших порушень мислення.

Наприклад, страх і тривога можуть бути результатами хибного перенесення цих почуттів з минулої травмуючої ситуації на інші, що насправді є безпечними.

**Когнітивна модель соціальної роботи** виходить із того, що більшість людських емоцій і форм поведінки зумовлено тим, що люди думають, уявляють, у що вірять, тобто когнітивними процесами (“мислення формує поведінку”).

Консультування у рамках цієї моделі полягає у виправленні помилкових і формуванні адекватних реальності форм мислення

У сучасній психології когнітивний напрямок об’єднує:

- раціонально-емотивну терапію (РЕТ) Альберта Елліса,
- когнітивну терапію Аарона Бека;
- реальнісну терапію Уільяма Глассера.

У **концепції А. Елліса** вважається, що джерело психологічних порушень полягає в системі індивідуальних ірраціональних уявлень, засвоєних у дитинстві від значущих дорослих, зокрема, з метою догодити й подобатися їм. Елліс запропонував так звану, абеткову теорію особистості. В цій концептуальній схемі, яка може використовуватися для самокорекції й самим клієнтом, фіксуються етапи процесу формування розумового висновку людини у відповідь на якусь подію, що сприяє досягненню мети або блокує її:

*Абеткова теорія особистості (за Еллісом):*

**A** (action) – активізуюча подія,

**B** (belief) – думка про подію,

**C** (consequence) – наслідок події (емоційний або поведінковий),

**D** (disputing) – подальша реакція на подію внаслідок мисленевої переробки (дискутування раціональних та ірраціональних установок),

**E** (effect) – завершальний ціннісний розумовий висновок (конструктивний або деструктивний).

Деструктивний розумовий висновок може сформуватися внаслідок перемоги ірраціональних переконань на етапі мисленевої переробки. Такі ірраціональні переконання Елліс поділяв на первинні жорсткі примусові переконання, їхні похідні, а також вторинні примусові установки. В цьому розподілі відбивається здатність мислення в наслідок жорстких переконань породжувати інші їм подібні, що змушує людину ще далі порушувати власну рівновагу. Ось типовий приклад такого патологічного нагнітання тривоги: “Я мушу добитися успіху і схвалення іншими всіх моїх дій...”, “Якщо я цього не зможу досягти, це буде жахливо...”, “Я цього не витримаю...”, “Я нічема...”, “Так буде зі мною завжди...”, “Я не повинен так себе почувати – це жахливо, я винен в цьому.”, “Тепер

я тривожуся ще більше..”. Таким чином люди часто тривожаться з приводу своєї тривоги, відчувають депресію у зв’язку з депресією, відчувають почуття провини з-за почуття провини. “Елегантна ціль” терапії, за Еллісом, полягає не тільки у видаленні симптомів, але й у значному зниженні самої здібності клієнтів порушувати власну душевну рівновагу.

Позиція соціального працівника, що використовує РЕТ (та інші когнітивно-поведінкові підходи), є безумовно директивною, клієнту відводиться роль учня, який має переживати інсайти в процесі усвідомлення власної проблеми.

У ході РЕТ використовують такі **психотехніки**:

обговорення і *спростовування ірраціональних переконань* – у вигляді дискусії з клієнтом;

когнітивне домашнє завдання – *самоаналіз власних реакцій за АВС-моделлю*;

раціонально-емотивна уява – *уявлення важких ситуацій зі спробою змінити самовідчуття, що вони викликають*;

рольова гра – *прогривання турбуючих ситуацій*;

“атака на страх” – домашнє завдання виконати дію, що зазвичай викликає страх.

**Когнітивна терапія А. Бека** є близькою до РЕТ і спрямована на лікування емоційних порушень, переважно депресій, які вважають когнітивними розладами. До типових *когнітивних помилок*, що спричиняють когнітивну вразливість людей, Бек відносив: необгрунтовані довільні висновки, що насправді не відповідають реальності; вибірккову абстракцію – зосередження на деталях поза контекстом; супер-генералізацію – виведення загального правила з окремих випадків; дихотомічне мислення – за принципом “чорне-біле”; “читання думок” та ін.

Основою когнітивної терапії є *сократівський діалог з клієнтом*, в якому піддають сумніву його хворобливі переконання, застосовують також іронію та гумор, що мають велику руйнівну силу.

До специфічних технік, запропонованих А. Беком, належать *усвідомлення і реєстрація автоматичних хворобливих думок, їхній щоденний запис, узагальнення, аналіз* та інші.

**Реальнісна терапія У. Глассера** виходить з того, що людина обумовлює свою поведінку власними рішеннями, тобто є самодетермінованою істотою – це наближає даний метод до екзистенційного підходу. Людина сама обирає власну позицію – жертви або діяча, бажаний світ і поведінку. В цій концепції, попервах спрямованій на психокорекцію молодих правопорушниць, підкреслюються особиста відповідальність людини за своє життя, успішну персоналізацію і позитивну особисту спрямованість, які



вважають необхідними умовами психічного здоров'я. Головна мета терапії – допомогти клієнту стати розсудливим та емоційно стабільним, а також досягти особистісної незалежності, підвищення самосвідомості і розробити план особистісного вдосконалення.

Реальнісна терапія пропонує проходження з клієнтом *семи кроків*:

1. Встановити стосунки з клієнтом – подружитися з ним, проявити турботу.
2. Забути про минуле, зосередитися на поточній поведінці.
3. Схвалювати клієнта до оцінювання його поведінки.
4. Допомогти у пошуку альтернатив і створенні реалістичного плану вдосконалення.
5. Взяти зобов'язання про виконання плану.
6. Відмовляти у прийнятті вибачень за порушення плану.
7. Бути жорстким, але не вдаватися до покарань; в жодному разі не відмовлятися від роботи з клієнтом.

Ці кроки забезпечують досягнення психопедагогічних цілей – розвиток відповідальності, самоконтролю і позитивної поведінки.

Когнітивна терапія має основу для асиміляції з біхевіористським підходом, оскільки їм властиві близькі принципи: позиція клієнта як учня і консультанта як вчителя, тобто директивність; велика кількість технічних прийомів і жорстка послідовність кроків; маніпулятивність; прагматичність, реалістичність і конкретність цілей. Це може приваблювати ті категорії клієнтів і соціальних працівників, яким подобається бачити впорядкований, чіткий підхід до проблем, але декому з працівників такий підхід може здаватися негуманним і викликати етичні заперечення, оскільки він може провокувати зловживання.

Прихильників **когнітивно-біхевіористського підходу** цікавить явна, зовнішня поведінка, але одночасно вони хочуть досліджувати процеси, що відбуваються в її основі (або у „внутрішній мові”), які контролюють та керують такою поведінкою.

**Когнітивно-біхевіористська модель соціальної роботи** спрямовує клієнтів до конкретних видів діяльності задля зміни або перероблення послідовності думок і значення, що вони надають окремим подіям.

Наприклад, у роботі з людьми, залежними від вживання алкоголю, ефективними вважають такі когнітивно-біхевіористські техніки, як короткострокове втручання, тренінг навичок, контракт щодо зміни поведінки, мотиваційна терапія, управління негативними емоціями. Все це має комбінуватися відповідною медикаментозною допомогою та залученням спільноти, підвищенням підтримки клієнта його оточенням. Таку допомогу надають у стаціонарних реабілітаційних центрах.

В Україні на даний час можна говорити про застосування лише окремих елементів, технік та методів когнітивно-поведінкового підходу, що найчастіше спостерігаються у соціальній роботі з нарко- та алкозалежними, психічнохворими, людьми похилого віку та дітьми, що перебувають в закладах інтернатного типу.

Деякі прості когнітивно-біхевіористські методичні прийоми використовують у роботі з дітьми, а також дорослими з незначними відставаннями у розвитку.

Когнітивно-біхевіористичні методи знаходять обмежене використання в спеціалізованих закладах зі специфічними групами клієнтів: діти з фобіями та віковими проблемами, психіатричні хворі у випадках когнітивних розладів з легкими формами тривоги та депресії тощо. Адже саме у таких закладах клієнти перебувають під постійною увагою і опікою соціальних працівників. Ці підходи також використовуються у реабілітаційних центрах для людей, залежних від психоактивних речовин.

Не зважаючи на постійну дискусійність їхнього використання, когнітивно-біхевіористські методи продовжують далі розвиватися і застосовуватися в практиці соціальної роботи, зокрема, це стосується різних видів і процедур підкріплення, форм та процесів модельованого навчання (емпатичне, когнітивно-репрезентоване), технік керування непередбаченими обставинами у поведінці клієнта, пошуків більш ефективного поєднання когнітивних і поведінкових методів та їхнього застосування в груповій та резидентній роботі, розробки і використання спеціальних опитувальників і оціночних шкал тощо.

Серед застережень до використання когнітивно-біхевіористського підходу в соціальній роботі, зокрема, називають те, що, по-перше, соціальні працівники беруть на себе основну відповідальність за ті зміни особистості, які вони прогнозують і задля яких надають допомогу клієнтам; а по-друге, зміни емоційного стану клієнтів відбуваються ефективніше за умови розв'язаних соціальних проблем – наявності житла, хоча б мінімальних засобів до існування, гарантування особистої безпеки тощо. Тому когнітивно-біхевіористський підхід зазвичай застосовують у комплексі з іншими моделями соціальної роботи.

### ***2.2.3. Гуманістично-екзистенційна модель соціальної роботи***

Гуманістично-екзистенційні підходи досить близькі цінностям соціальної роботи, її етиці, але вони за своїми принципами не є технологічними, і це обмежує їхнє конкретне використання. Можна сказати, що вони більш суттєво впливають на ідеологію соціальної роботи, ніж на її практику.

**Гуманістична модель соціальної роботи** – модель практики, яка вбачає головні резерви в особистості людини, в початково закладених в неї силах добра, психічного здоров'я і бажання до самовдосконалення. Клієнтам відводять роль активних творців власного життя, стиль якого може обмежуватися лише фізичними або соціальними впливами.

Поставивши людину в центр соціального буття, гуманізм мислить все проєктоване на сьогодні і на майбутнє від і для людини. *Гуманізм* (лат. *humanus* – людський) – це система ідей та поглядів на людину як найвищу цінність; почуття любові до людини, повага до її гідності. Ніщо не може бути вищим за людину, і жодна людина не може бути нижче іншої. Будь-яка спроба поставити вище людини інші цінності розцінюється як гніт і насилля. Гуманізм як мислення виражає готовність до подолання не тільки умов, які затискають особу, але й умов, які викликають біль і страждання у інших. Реалізується в процесі спілкування та діяльності через сприяння, допомогу, співучасть, підтримку, повагу до людської особистості.

Ідеї гуманістичної психології є втіленням такого підходу, який звертається до життя людини як до цілого, самодетермінованого й самоцінного явища. Для практики соціальної роботи важливими є такі теорії і концепції гуманістичної психології, як:

- 1) клієнтцентрована” психотерапія Карла Роджерса;
- 2) концепція само актуалізації Абрахама Маслоу;
- 3) гештальт-терапія Фредеріка Перлза.

**“Клієнтцентрована” психотерапія** заснована американським психологом К. Роджерсом, який був переконаний у тому, що кожна людина здатна до самовдосконалення.

Першим положенням теорії особистості, запропонованої Роджерсом, є те, що кожний індивід існує у світі досвіду, що постійно змінюється, і він є центром цього досвіду. Тому тільки сам індивід може найкраще орієнтуватися у власному досвіді і використовувати його для свого росту, однак це стає можливим за умови, що людина здатна усвідомлювати (символізувати) свій досвід без будь-яких винятків. Перешкодами до повного усвідомлення власного досвіду вважаються відмінності між *самістю* індивіда (реальне, організмичне Я індивіда) та його *“Я-концепцією”* (уявлення про самого себе, яке не завжди відповідає власному переживанню і формується внаслідок інтерналізації зовнішніх оцінок).

Спираючись на *“Я-концепцію”*, люди часто прагнуть певних переживань або уникають їх за метою задоволення своїх скоріше хибних, інтеріоризованих зовні, ніж

реальних потреб. В такому разі людина не сприймає себе такою, як вона є, не вважає себе цінною безумовно (так звані “умови цінності”), а прагне досягти відповідності до певних зовнішньо сприйнятих стандартів, втрачаючи при цьому контакт зі своїм реальним “Я”. Самоактуалізація особистості, за Роджерсом, - це досягнення синонімічності або конгруентності аспектів організмичного “Я” і “Я-концепції”. Конгруентність вважають найважливішим аспектом людських стосунків, для її визначення використовують такі слова, як справжність, реальність, відкритість, прозорість, присутність.

Провідна техніка, що її використовують у рамках цього підходу, - це *недирективне консультивання*. При використанні клієнтцентованого підходу вважаються неприйнятними інтелектуальні інтерпретації, його *недирективність* проявляється у провідній ролі клієнта, за яким емпатично слідує консультант, використовуючи прийоми активного слухання. Безумовне емпатичне прийняття з боку фахівця допомагає клієнтові також прийняти свій досвід і почуття, якими б вони не були, стати більш цілісним. Такі “зустрічі” зі своїм справжнім “Я” супроводжуються сильними емоційними переживаннями, цілісними усвідомленнями - інсайтами.

Концепція самоактуалізації особистості американського психолога А. Маслоу розглядає особистість, яка є повністю актуалізованою людською істотою і для якої основною потребою є її прагнення до *самоактуалізації*, тобто повного використання талантів, здібностей, можливостей або вибору людиною рішення на користь розвитку при кожній можливості. Самоактуалізація є вершиною у піраміді людських потреб, прагнення до неї стає актуальним після задоволення первинних потреб або дефіцитів.

Самоактуалізована особистість, за Маслоу, - це звичайна людина, у якої нічого не відняли, їй притаманні такі основні характеристики: більш ефективно сприйняття реальності, прийняття себе та інших, спонтанність, простота, автономія, глибокі міжособисті стосунки, демократичність, містичність і досвід вищих станів свідомості, творчість, філософське почуття гумору тощо. Маслоу зазначає, що мотивація до самоактуалізації є слабшою, ніж фізіологічні потреби або потреби у безпеці, любові чи повазі, їй можуть перешкоджати минулий досвід, соціальні впливи і внутрішні захисти. На думку цього вченого, поступ суспільства відбувається не соціальними перетвореннями, а задоволенням гуманістичних потреб.

Концепція Маслоу не пропонує конкретних технік роботи з клієнтами, натомість вона наголошує на шляхах, якими людина може самоактуалізуватися, серед них: вчитися понарагоджуватися зі своєю внутрішньою природою - самістю, приймати відповідальність за власні дії, робити кращі для себе життєві вибори, розвивати свої таланти і можливості,

приймати переживання, виявляти свої “захисти” і відмовлятися від них. Цей підхід активно використовують в індивідуальній і груповій соціальній роботі, а також при плануванні діяльності соціальних служб, де має бути передбачено задоволення не тільки базових, вітальних потреб, а й потреб вищого ґатунку, зокрема, потреби в самоактуалізації.

**Гештальт-терапія**, розроблена американським психологом Ф. Перзлом, ґрунтується на такому понятті як „гештальт”, яке означає цілісний образ людини, паттерн, конфігурацію її стосунків зі світом, її світосприйняття. Людині властиво прагнути до гомеостазу, тобто до завершення справ або припинення переживань («закриття гештальту»).

Оскільки всі контакти людини відбуваються на межі організму і середовища, тому всі психологічні події життя відбуваються на цій межі. Метою гештальттерапії є допомога в припиненні постійної потреби підтримки з боку оточення і перехід до незалежного, більш істинного життя - стати самоактуалізованим, самостійним.

Деякі техніки гештальттерапії:

- усвідомлення власних відчуттів і переживань “*тут і тепер*” (перевагу надають розгляду актуальних проблем, аналізу думок і почуттів, які виникають у ситуаціях індивідуальної чи групової роботи, навіть якщо ці думки і почуття стосуються минулих подій);

- *різні форми фантазування*, візуалізації, “порожній стілець” (заохочення клієнтів до програшу гіпотетичних ситуацій, висловлювання своїх почуттів. Так, техніка «порожній стілець» означає, що клієнт висловлює свої почуття іншій людині, яку він уявляє на стільці навпроти себе, насправді порожньому).

Основне завдання соціального працівника – зміна позиції клієнта, для чого соціальний працівник вибудовує персональні стосунки з клієнтом. Гуманістичні підходи дають змогу глибше розуміти різнопланові потреби клієнта і потреби самого соціального працівника як фахівця. Соціальні працівники застосовують передовсім *техніку активного слухання*, побудовану на емпатії та партнерському стилі стосунків. Важливу роль відіграють *переповідання, пошук глибшого сенсу та відображення значень і почуттів*, виявлених клієнтом під час консультування. Такі партнерські стосунки потрібні як клієнтові, так і самому соціальному працівникові. І власне використання своєї особистості стає ключовим інструментом соціального працівника у цій моделі.

Гуманістичну модель використовують не тільки в індивідуальній, але й у груповій роботі. Метою таких груп є створення демократичної системи взаємної допомоги. Це

передбачає надання членам групи права розробляти норми поведінки в групі, разом визначати цілі групи, створення можливості для кожного члена групи відчувати себе частиною групи та бути почутим. Завдання соціального працівника, який має бути активним і позитивним, полягає в сприянні членам групи висловлюватися й доводити до кінця („актуалізувати”) їхню мету. Відзначають також важливу роль працівника як моделі (зразка) висловлювання почуттів, для чого він повинен володіти техніками саморозкриття, надання зворотного зв'язку, застосування принципу „тут і тепер”. Він має допомагати членам групи, коли вони відчувають дискомфорт із висловлюванням почуттів, пояснювати процеси в групі, тобто, за визначенням Роджерса, бути гарним *фасілітатором* – полегшувачем самовияву учасників.

Вважають, що теорію особистості Роджерса можна застосовувати у соціальній роботі до всіх груп клієнтів, проте кращих результатів вдається досягти в ході практичної роботи з клієнтами, котрі не мають серйозних порушень, оскільки методика концентрації на клієнті, може призводити до сильних емоційних переживань і передбачає наявність у нього певної сили „Я”. Ефективність цієї моделі соціальної роботи наочно виявляється у роботі з етнічними групами, які змушені змінити місце проживання. У них можуть виникати конфлікти, пов'язані з тим, що їх попередній досвід реконструкції зовнішнього світу суперечить новому соціальному оточенню. Цю модель можна використовувати й при роботі з групами ризику. Частина ідей Роджерса, особливо стосовно того, що потрібно надати людям можливість використати ту „особисту владу”, яку має кожен, знайшли відгук у прихильників роботи в громаді, представників суспільно-політичних рухів.

**Екзистенційний підхід у психології** базується на філософії екзистенціалізму, ірраціонального вчення, що зосереджується на пізнанні снування людини у ситуації боротьби, страждання, смерті. Ідеї С. К'єркегора, М.Хайдеггера, Ж.-П. Сартра та ін., що набули поширення після Другої світової війни і відбивали певне суспільне розчарування в тому, що світ прагне добра і є гуманним за своєю природою. Екзистенціалісти розглядають людське існування, *екзистенцію* (лат. *existere* – існування) – як “буття в світі”, тобто таке існування, що має конечну даність (завершенність). Основні прояви (модуси) людської екзистенції (існування) – це турбота, страх, рішучість, совість, любов, що виявляються через смерть і зіткнення з «нічим». Отже, людина живе в байдужому світі, мислить через своє буття і сама відповідальна за свої вибори та існування.

В екзистенційній психології виділяються низка окремих теорій і концепцій, що є важливими для практики соціальної роботи, зокрема:

- 1) екзистенційна психотерапія Ірвіна Ялома;
- 2) теорія особистості Ролло Мея;
- 3) логотерапія Віктора Франка.

**Екзистенційна психотерапія І. Ялома** зосереджується на конфлікті індивіда з кінцевими даностями його існування, які можуть викликати занепокоєння або екзистенційну тривогу, це: смерть, свобода, ізоляція і безсмысленість (брак у житті будь-якого очевидного, заданого смислу). Фундаментальними конфліктами, які вони провокують, є: конфлікт між усвідомленням власної смертності і бажанням бути; між усвідомленням порожнечою навколо і потребою в ґрунті та укоріненості; між усвідомленою абсолютною ізоляцією і потребою в контакті, приналежності; між потребою людей в смислі і байдужим світом, в якому немає жодного сенсу.

Проблеми породжуються тим, що люди намагаються захищатися від усвідомлення кінцевих даностей і уникають зустрічі з ними. Так, наприклад, типовим захистом від страху смерті може бути віра у власну особливість (невразливість) або існування спасителя, в той час, як справжнє подолання цього конфлікту полягає у підвищенні наповненості і якості власного життя перед обличчям неминучої смерті.

Завданнями екзистенційного підходу є: розкриття й усунення захистів і страху перед усвідомленням кінцевих даностей існування, допомога клієнтові взяти в свої руки контроль за власним життям, долати екзистенційні тривоги за рахунок побудування справжніх близьких стосунків, віднаходження власного сенсу життя і т. ін.

Позиція консультанта, котрий дотримується екзистенційної моделі роботи, має бути партнерською, оскільки він - людина і має справлятися з тими ж самими тривогами існування, але він є більш зрілою особистістю і може ділитися з клієнтом власним досвідом.

Стосунки з клієнтом описуються поняттями: *автентичність, присутність, відданість*. Різні представники цього напрямку вносять власні акценти в екзистенційну терапію.

**Теорія особистості Р. Мея** пропонує зважати на такі складові особистості, як:

- *свобода*: головний принцип існування особистості, то завдання консультанта – підвести клієнта до прийняття відповідальності за власні вчинки і кінцевий результат свого життя;

- *індивідуальність* або істинне “Я” людина може знайти, якщо досягне єдності свідомості з різними рівнями підсвідомості, які містять досвід дитинства, колективну свідомість і те джерело розуму, що входить невід’ємною частиною в будову всесвіту;

тому консультант має допомогти клієнтові набути своє істинне “Я” і віднайти в собі мужність стати цим “Я”;

- *соціальна інтегрованість*, що базується на колективному підсвідомому, при усуненні “егоїстичної стихії” допомагає людині налагоджувати стосунки з сусідами й реалізовувати власну індивідуальність. Завдання консультанта – допомогти клієнту прийняти на себе соціальну відповідальність, надихнути в нього мужність, що допоможе клієнту вивільнитися від невідступного почуття меншовартості, і спрямує його прагнення в соціально корисне русло;

- *релігійність* - джерело духовності, внутрішнє напруження особистості, як наприклад, почуття провини по відношенню до недосконалості й недостатньої гуманності світу. Це почуття, на відміну від патологічної (невротичної) провини, не може й не має бути знятим в ході психотерапії, тому що воно відбиває усвідомлення різниці між тим, яка річ є, і тим, якою вона має бути. Людина живе, усвідомлюючи тваринну й духовну сторони буття, тому вона має увесь час підтримувати внутрішній напружений зв'язок між двома протилежними сторонами одного світу – необумовленою і обумовленою.

Консультант має допомогти клієнту вивільнитися від патологічного почуття провини і водночас навчити його гідно прийняти і зробити усталеною ту духовну напругу, що притаманна природі людини.

**Логотерапія В. Франкла** спрямована на допомогу людині знайти сенс і мету життя задля подолання сумнівів і відчаю. На думку Франкла, сучасна людина переживає не сексуальні фрустрації (як це визначав Фройд), а екзистенційні, найважливішою з яких є брак сенсу життя. Відсутність смислу породжує стан так званого “*екзистенційного вакууму*”, тому людина прагне набути сенсу і відчуває фрустрацію, якщо це прагнення залишається нереалізованим. Франкл наголошує на тому, що смисли не є просто виразом самості людини, вони – більш, ніж проекція самості, тому смисли відшукуються.

Рушійною силою людської поведінки і розвитку особистості, на думку Франкла, є пошук логосу, смислу життя, що має здійснюватися конкретною людиною за її власною потребою. Людина не вибирає смисл свого існування, а швидше виявляє, знаходить його за допомогою совісті. Смислу не можна навчити, однак його можна усвідомити. Кожна людина, на думку Франкла, незалежно від статі, віку, соціального статусу, професії, релігійних переконань та іншого, несе відповідальність за реалізацію власного унікального смислу життя.

У концепції особистості Франкла домінує положення про те, що для людини важливо не стільки те, що з нею трапилось, скільки її ціннісне ставлення до цього. Він



виділяє три групи цінностей, що впливають на життя людини: творчі цінності, цінності переживань, цінності стосунків.

Якщо потяг до сенсу життя не задовольняється, то внаслідок цієї „екзистенційної фрустрації” може виникнути нусогенний невроз, пов’язаний з „духовним ядром” особистості. В основі таких поширених явищ як депресія, правопорушення, алкоголізм, наркоманія, агресивність, моральні падіння, з якими часто мають справу соціальні працівники, найчастіше лежить саме екзистенційний вакуум.

Прикладом застосування екзистенційної моделі у соціальній роботі може слугувати *бібліотерапія*. Тренінг бібліотерапії як підвищення самоусвідомлення пропонує клієнту повернутися до себе, „досліджувати” власні психологічні стани, емоційні реакції, які виникають у зв’язку з читанням. Як правило, свідомість людини вихоплює з оточуючого те, що хвилює її зсередини, і фокусується на цьому. Цей метод сприяє розкриттю ціннісних орієнтацій клієнта, відкриває його світобачення і робить його (світобачення) усвідомлюваним, „зрозумілим” самому клієнту з усіма „викривленнями” і „помилками”, що дає основу для подальшої корекційної роботи. Такий тренінг проводять, зокрема, у терапевтичній спільноті „Маріїна школа” Київської наркологічної лікарні „Соціотерапія”. За оцінками її організатора, прослуховування різних життєвих ситуацій, ототожнення з героями художніх творів, проговорювання власних психологічних проблем в середовищі з підтримкою членів групи та ведучого підводить до глибшого усвідомлення себе.

Застосування екзистенційного підходу в соціальній роботі передбачає спільну діяльність соціального працівника, клієнта і значущих для нього осіб щодо вивчення і розуміння проблеми клієнта. Головними пріоритетами у такому лікуванні є ключові для клієнта відносини, їх зміцнення і відновлення або ж допомога у побудові нових значущих взаємовідносин. При аналізі проблемної ситуації екзистенційний підхід вимагає брати до уваги те, як саме клієнт сприймає та інтерпретує свої уявлення про навколишній світ, як оцінює свій соціальний статус тощо.

Екзистенціалізм робить наголос на тому, що теперішнє є нашою інтерпретацією минулого, й те, як ми діємо в напрямку майбутнього та його інтерпретуємо, надає значення нашому життю.,

Екзистенціалізм виходить із самодисципліни особи, її зобов’язань солідарності з іншими. З огляду на це соціальні працівники повинні допомогти клієнтам розпочати процес перебирання на себе відповідальності бодай у якійсь одній обмеженій сфері. Коли цього вдасться досягти, необхідно сприяти взяттю більшої відповідальності (наприклад, для досягнення солідарності в родині).

У соціальній роботі, яка сповідує екзистенціальний підхід, перевагу віддають роботі з сім'єю, рідше – групою. Індивідуальна робота, навіть якщо вона відбувається, акцентована на взаємовідносинах людини з іншими повсякденному житті.

Обмеження застосування гуманістично-екзистенційної моделі пов'язують із недостатньою прозорістю процедур допомоги, складнощами формулювання чітких цілей і узгоджених пояснень щодо поведінки, відсутністю свідчень ефективності запропонованих технік. Модель, за якої клієнти самі здійснюють контроль, а соціальні працівники лише полегшують цю діяльність, навряд чи підійде для служб, відповідальних за соціальний контроль та виконання бюрократичних функцій. Наразі ефективність цієї моделі найбільш виявляється в роботі з добровільними та вмотивованими клієнтами.

---

## **Висновки**

---

1. Психодинамічна модель соціальної роботи ґрунтується на фрейдистських і неофрейдистських теорях поведінки людини. Ця модель спирається на ідею, що будь-яка поведінка людини мотивована підсвідомими конфліктами. Однією з ключових функцій соціальних працівників, які застосовують цю модель, виступає надання певних видів підтримки, свого роду „опіка”, яка сприймає як належне залежність клієнта від соціального працівника.

2. Біхевіористська модель розглядає поведінку людини, детерміновану впливами зовнішнього середовища. Когнітивна модель соціальної роботи виходить із того, що більшість людських емоцій і форм поведінки зумовлено тим, що люди думають, уявляють, у що вірять. Прихильників когнітивно-біхевіористського підходу цікавить явна, зовнішня поведінка, але одночасно вони хочуть досліджувати процеси, що відбуваються в її основі, які контролюють та керують такою поведінкою. Ця модель спрямовує клієнтів до конкретних видів діяльності задля зміни або перероблення послідовності думок і значення, що вони надають окремим подіям.

3. Представники гуманістичного підходу бачать головні резерви в особистості самої людини, в початково закладених в неї силах добра, психічного здоров'я і бажання до самовдосконалення. Тому клієнтам відводять роль активних творців власного життя, стиль якого може бути обмежений тільки фізичними або соціальними впливами. Нині гуманістична модель набуває дедалі більшого поширення у практиці соціальної роботи, оскільки вона орієнтована на розуміння людини як цілісної особистості.

## **Запитання для самоперевірки**

1. Які психологічні теорії найчастіше використовують у соціальній роботі?
2. У чому полягає сутність психоаналітичної теорії?
3. Яким чином відбувається спілкування згідно з трансактним аналізом?
4. Які ключові техніки пропонує соціальним працівникам психодинамічна модель?
5. Які ключові теорії когнітивного підходу Ви можете назвати?
6. Що таке абеткова теорія особистості?
7. У чому полягають переваги та обмеження застосування у практичній соціальній роботі біхевіористського та когнітивного підходів?
8. У чому полягає значення для соціальної роботи теоретичних концепцій гуманістичної психології?
9. Порівняйте основні принципи гуманістичної психології і цінності соціальної роботи.
10. Яким чином можна застосовувати у соціальній роботі основні ідеї логотерапії?

### **Література**

1. Айві А. Цілеспрямоване інтерв'ювання і консультування. – К.: Сфера, 1998.
2. Гусякова Л.Г., Холостова Е. И. Основы теории социальной работы. – М., 1997.
3. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. - СПб, 2001.
4. Пейн М. Сучасна теорія соціальної роботи. – К., 2000.
5. Психотерапевтическая энциклопедия /Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 1998.
6. Роджерс К. Клиентоцентрированная терапия. – М.: Релф-бук, Ваклер, 1997.
7. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Вид. дім „Києво-Могилянська академія”, 2006.
8. Соціальна робота. В 3-х ч. – Ч.2. Теорії та методи соціальної роботи / За ред. Т. Семигіної, І. Григи. – К.: Києво-Могилянська академія, 2004.
9. Теорії і методи соціальної роботи / За ред. Семигіної Т.В., Миговича І.І. – К.: Академвидав, 2005.
10. Техники консультирования и психотерапии. – М., 2000.
11. Фирсов М.В., Шапиро Б.Ю. Психология социальной работы. – М.: Академия, 2002.
12. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990.
13. Хрестоматия по гуманистической психотерапии. – М., 1995.
14. Энциклопедия социальной работы. В 3 – х т. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.

### **2.3. Соціологічні моделі соціальної роботи**

### 2.3.1. Системно-екологічна модель соціальної роботи

Система і системний підхід є одними з ключових у практиці сучасної професійної соціальної роботи. Оскільки вони показують, як взаємодіють приватне та суспільне, як могли б бути залучені агенти різноманітних змін для роботи з клієнтом і як самі працівники та їхні агенції могли б бути об'єктами змін.

„Система” розуміють як ціле, що складається з незалежних частин чи компонентів (елементів), між якими існує тісна взаємодія чи стосунки. Зміни в одній частині системи чи компоненті системи призводять до змін в інших складових системи. Наприклад, сім'я та її розвиток тісно пов'язані з розвитком тієї громади, до якої вона належить, а ресурси громади, як-от школа з досвідченими вчителями та досконалим технічним обладнанням, лікувальні заклади, транспортне забезпечення, умови для проведення вільного часу тощо, можуть бути доступними або недоступними цій сім'ї.

У своєму первісному варіанті загальна теорія була розроблена на біологічному матеріалі і засвідчувала, що всі організми – це системи, утворені з підсистем, а вони самі в свою чергу є складовими надсистеми. Відповідно до цієї теорії соціальна система являє собою не щось конкретне й цілісне, а певний набір взаємозв'язків. Розуміння природи таких взаємозв'язків надзвичайно важливе для соціальних працівників, бо соціальні процеси, події чи поведінку можна досягнути лише через їхні стосунки між собою. Систему можна зобразити графічно (рис. 4).

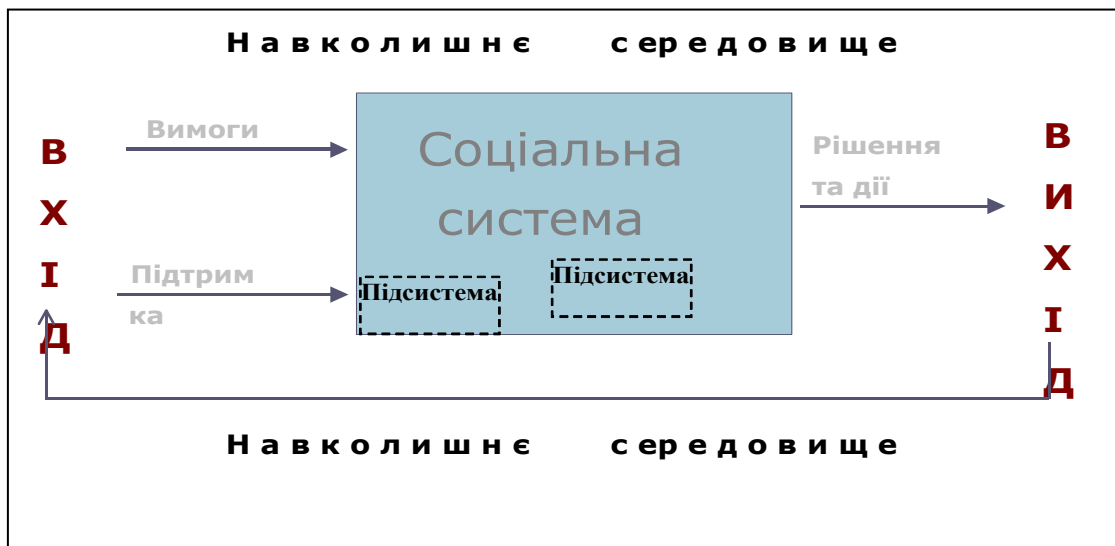


Рис. 4. Умовне графічне зображення системи

Особливістю будь-якої системи є те, що вона не зводиться до суми її частин чи

компонентів, а завжди є чимось більшим. Ця її характеристика носить назву **несумативність**. Кожна система має дві характеристики, які мають принципове значення для соціальної роботи: 1) вона складається з менших систем; 2) вона є, в свою чергу, частиною більшої системи і має свої **межі**. Система має так звані “вхідні” і “вихідні” дані.

Системи виснажаться або розпадаються чи зруйнуються, якщо не будуть отримувати енергії (нею може бути інформація, знання, навички, ресурси) ззовні. Це явище носить назву **ентропії** і його часто переживають сім'ї, де є проблеми алкоголізму, сімейного насильства, девіантної поведінки, зловживаннями щодо дітей.

Компоненти системи, які відрізняються один від одного, інтегровані не повністю. Система мусить постійно справлятися з цими відмінностями, які часто спричиняють **напругу** і призводять до **конфліктів**, що є, так би мовити, природними характеристиками системи. Проте важливий не сам факт конфлікту, а те, як у цій системи з конфліктами та напругою справляються. Звільнення від напруги чи її зменшення, розв'язання конфліктів – це важлива мета роботи соціальних працівників. Але трапляється й таке, коли практикам доводиться вдаватися до збільшення напруги чи конфронтації, скажімо, щоб сприяти інноваціям, соціальним змінам.

Системи мають таку властивість, як **гомеостаз** (рівновага), пов'язану із здатністю підтримувати свою фундаментальну природу, тобто рухатися до мети, навіть якщо якісь її елементи змінюються. Так, наприклад, соціальна служба залишатиметься такою ж системою й у випадку зміни її керівництва чи частини персоналу, ліквідації відділів, зміни підпорядкування. Знаходження системою нового балансу після порушення існуючого порядку чи усталених зразків взаємодії означає досягнення динамічної рівноваги. Це явище має важливе значення для багатьох інших моделей соціальної роботи, зокрема, для кризового втручання, сімейної терапії тощо.

Ще один важливий системний процес має назву **реверберації** (ефекту доміно), який соціальні працівники постійно зустрічають на практиці. Наприклад, вживання наркотиків, вірогідно, спричинить наступні наслідки: втрата роботи → нестача грошей → розпад соціальних стосунків → конфлікти чи розпад сім'ї → втрата житла → моральна деградація → цілковита криза.

Для системного підходу у соціальній роботі важливими є такі поняття як:

- 1) соціальна система,
- 2) базисна система,
- 3) фокусна система.

**Соціальна система** - особливий тип системи, утвореної з людей, груп людей, котрі

взаємодіють і взаємно впливають на поведінку один одного. Соціальні служби, інтернатні заклади, школи, міністерства, державні адміністрації, суд, а також сім'ї чи громади – це приклади соціальних систем.

Прийнято розрізняти неформальні або природні системи (родина, друзі, колеги); формальні системи (групи в співтоваристві, профспілки); суспільні системи (лікарні, школи тощо).

**Базисні системи** – ті соціальні системи, де людина може отримати підтримку. У соціальній роботі виділяють чотири базисних системи:

– агента змін (соціальні працівники та організації, що покликані надавати підтримку та допомогу клієнтам);

– клієнта (люди, групи, сім'ї, що шукають допомоги);

– цілі (люди, яких система агента змін, прагне змінити, щоб досягти цілі);

– дії (люди, з якими система агента змін працює, щоб досягти її цілей).

Люди, які стикаються з проблемами, часто не можуть скористатися системами підтримки, бо:

1) такі системи можуть не існувати в їхньому житті або не мати необхідних ресурсів, чи не відповідати їхнім проблемам (наприклад, літні люди можуть не мати родичів або дружньо налаштованих сусідів)

2) люди можуть не знати про них чи не бажати скористатися ними (наприклад, дитина, скривджена батьками, може не знати, куди звернутися за допомогою або може боятися піти до поліції чи соціальної служби в разі, якщо вона побоюється розлучення з батьками, яких вона любить, незважаючи на скривдження);

3) філософія системи може створювати нові проблеми для тих, хто нею користується (такі як залежність, інтереси, що конфліктують);

4) системи можуть конфліктувати одна з одною.

Відтак завдання соціального працівника полягає у сприянні тому, щоб клієнт налагодив раціональні взаємозв'язки із різними системами.

**Фокусна система** - та система, що отримує першочергову увагу при вивченні соціальним працівником ситуації клієнта. Наприклад, якщо фокусна система – це сім'я, то мають братися до уваги як індивіди, що її утворюють, так і характеристики оточення – школи, церкви, сусіди, робочі місця, групи в громаді і розширена сім'я.

**Системна модель** соціальної роботи ґрунтується на ідеї, що задовільне життя людини залежить від систем, які її оточують, а сім'ю можна розглядати як систему, всередині якої існують відносини між подружжям, дітьми і родичами, а сама вона

включена у взаємодію з різноманітними соціальними інститутами – державою, системою освіти і виховання, економічними та іншими організаціями.

Зацікавленість у застосуванні теорії систем посилилась у 1950-1960-х роках і досягла апогею 1973 року, коли американські фахівці запропонували так званий «унітарний підхід», який спирався методи, що дозволяли працювати на різних рівнях – з конкретними випадком, з групою, громадою, в резидентних (стаціонарних) закладах.

Системну модель використовують на різних рівнях соціальної роботи. Наприклад, в індивідуальній роботі на основі теорії систем соціальні працівники виявляють фактори оточення клієнта (від безпосереднього побутового рівня до суспільного рівня), фіксують наявність впливу на клієнта цих чинників та інших людей. Далі соціальний працівник разом із клієнтом шукає можливість різними (здебільшого альтернативними) засобами допомогти клієнтові досягнути поставленої мети, „оминути” ті обставини, що можуть призвести до негативних наслідків або до „побічних” негативних явищ. Важливою технікою є *пошук ресурсів* (вхідних даних), *визначення очікуваних результатів*. При цьому соціальні працівники переважно відіграють роль брокера соціальних послуг. Теорія систем знайшла широке застосування у роботі з сім'ями, зокрема, в сімейній терапії.

Поява **екологічного підходу** в індивідуальній соціальній роботі викликана тим, що в 1960-х роках в окрему сферу знань почала виділятися екологія людини або соціальна екологія, яка займалась вивченням закономірностей взаємодії суспільства і навколишнього середовища, а також проблемами її збереження і охорони.

Звернення соціальних працівників до нової теорії було викликане самим життям, бо постала необхідність врахування взаємодії між людиною і навколишнім середовищем. Якщо раніше особливого значення надавали особистості, а навколишнє середовище виступало лише у вигляді “фону дії”, то нова теорія стверджувала, що важливою є не тільки особистість, а й її оточення, а також їхній взаємообмін. При цьому люди змінюють оточення, оточення змінює людей, тобто мова йде про взаємне пристосування.

**Екологічна модель** соціальної роботи застосовується у випадках, коли стоїть завдання зміни ситуації, коли основна мета втручання полягає у покращанні взаємовідносин “людина –навокільшнє середовище”.

Зміст роботи спеціалістів полягає в тому, щоб за допомогою активних методів адаптації і соціалізації клієнта досягнути особистісних змін задля досягнення відповідності між станом індивіда й вимогами навколишнього середовища, або у впливі на зміну умов оточення з тим, щоб соціальне і фізичне середовище якомога більше відповідало правам, потребам і життєвим цілям особистості.

В основі моделі – ідея, що у роботі з клієнтом при здійсненні будь-якої діяльності, а особливо втручання, необхідно зважати на вплив середовища. Фізичні і соціальні умови можуть бути джерелами стресу (відсутність житла, географічна ізоляція), об'єктами змін (зміна місця проживання), інструментами допомоги (житло, родина, друзі, хатні рослини і тварини). Взаємний обмін у системі “особистість-навколишнє середовище” є безперервним процесом, де кожна сторона постійно щось змінює (форму, показники тощо). Виникає причинно-наслідковий зв'язок складних ситуацій, з якими переважно й має справу соціальна робота.

Екологічний підхід до соціальної роботи спирається на теорію систем і дозволяє зрозуміти, яким чином на функціонування людини впливає її множинна взаємодія з іншими людьми, їхніми сім'ями, громадами, суспільством. Оцінювання становища клієнта, яке здійснюється з позицій цього підходу, розглядає баланс між стресовими і підтримуючими чинниками, ризиками та захисними факторами. Відтак наголос робиться на суб'єктивному осмисленні людьми власного життя, бо індивідуальна інтерпретація своєї ситуації пов'язана з думками інших членів суспільства.

У практичній роботі в рамках екологічного підходу важливе значення мають основні концепції, розуміння взаємодії яких допомагає професіоналу сфокусувати увагу на особистості, навколишньому середовищі та їхньому взаємовпливі.

Ключові концепції екологічної моделі:

- 1) життєвого стресу,
- 2) протистояння,
- 3) ніші та ареалу,
- 4) родинності,
- 5) навичок тощо.

**Концепція життєвого стресу** розглядає позитивне або негативне співвідношення “людина – навколишнє середовище”. Воно є позитивним, якщо події сприймаються як виклик, що відповідає рівню самооцінки і можливостей людини. І негативним, якщо існуючі (або усвідомлювані) вимоги навколишнього середовища (втрати, конфлікти) або ризик їхньої появи, перевищують наявні (або усвідомлювані) можливості протистояти їм. Прикладами такого стресу можуть бути сексуальне насилля, втрата житла, діагноз СНІД, смерть близької людини, гомосексуальні стосунки іншого подружжя тощо. Цей стрес пов'язаний із відчуттям небезпеки, яка викликає негативні емоції – неспокій, провину, розлюченість, безпорадність, зневіру, занижену самооцінку.

**Концепція протистояння** пояснює проблеми соціальної адаптації. При виникненні



внутрішнього стресу протистояння виконує функцію розв'язання проблем та управління емоціями. Реалізація кожної із функцій вимагає як внутрішніх, так і зовнішніх ресурсів клієнта. Якщо вони наявні, то протистояння є успішним і клієнт може уникнути впливу стресу або подолати його. За їхньої відсутності протистояння є недостатнім, пережитий стрес призводить до порушень фізичного здоров'я, суспільних функцій, емоційних розладів. Ці чинники, в свою чергу, посилюють стрес і від нього стає все важче позбутися.

**Концепції ніші та ареалу** корисні при роботі в громаді. Вони акцентують увагу на тому, що людині, як і будь-якому іншому живому організму, для виживання, росту та самореалізації потрібні певні фізичні і соціальні умови – облаштовані міста і села, зручне житло, зайнятість, матеріальний добробут тощо, наявність яких підтримує здоров'я і соціальну діяльність. Проте мільйони людей через бідність, бездомність, забруднення довкілля змушені займати ніші, які не відповідають їхнім потребам, що призводить до ізоляції, відчаю, дезорієнтації.

**Родинність** - підтримуюча система, утворена як родичами, так і друзями, сусідами, колегами і навіть свійськими тваринами. Людина, яка має цю систему підтримки, при виникненні стресу менше страждає від фізичних, емоційних та соціальних порушень.

**Навички** є важливими для розвитку і самодостатнього життя людини. А оскільки обставини змінюються, тому їх необхідно набувати упродовж усього життя. Самовдосконалення враховує такі показники, як духовна і фізична сила, становище в суспільстві.

Отже, завдання соціальних працівників, які використовують екологічну теорію, полягає в тому, щоб розглянути відповідність потреб та можливостей, цілей та прав клієнта, з одного боку, якостям і властивостям соціального та фізичного оточуючого середовища, з іншого боку. Якщо людина здатна протистояти тиску зовнішнього середовища, можна говорити про баланс та позитивне співвідношення між людиною та довкіллям. Підстав для втручання соціального працівника в цьому випадку немає. Інша ситуація - коли наявних ресурсів в людини недостатньо, щоб протистояти зовнішньому тиску чи змінам. Тоді виникає негативне співвідношення, що може викликати життєвий стрес, і часто для його подолання потрібне втручання соціальних працівників.

Екологічна теорія може застосовуватися в багатьох сферах соціальної роботи, насамперед, у роботі з сім'єю та дітьми, з людьми похилого віку, з термінально хворими та деякими групами людей, що мають психічні розлади, з бездомними, безробітними тощо. Так, ідея такої форми роботи як Центр по роботі з сім'єю походить саме з екологічної теорії, на елементи екологічної теорії спиралася і робота соціальної служби

підтримки сім'ї, створена в Київській області.

Прикладом застосування такої моделі може слугувати дослідження американськими вченими того, як впливає на виявлення фактів жорстокого ставлення дітей наявність чи відсутність підтримуючих соціальних мереж у громаді. Отже, важливість цієї моделі для соціальної роботи пов'язана зі здатністю виявляти складне “павутиння” соціальної взаємодії, що позначається на індивідуальній поведінці й яке потрібно брати до уваги при плануванні профілактичного та терапевтичного втручання.

Для соціальних працівників, що працюють у рамках системно-екологічного підходу, важливими є кілька форм роботи:

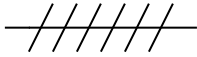


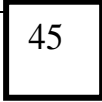


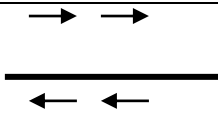
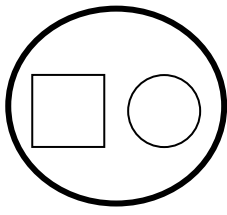
- 1) оцінка мереж підтримки,
- 2) розвиток і налагодження позитивних мереж підтримки.

Для оцінки мереж сім'ї та її підтримки з боку навколишнього середовища соціальні працівники використовують так звані екологічні мапи (екомапи) та генеалогічне дерево (генограму).

*Екомапа* – діаграма стосунків у родині. Її використовують соціальні працівники, психотерапевти та інші фахівці для виявлення низки взаємних впливів між клієнтом та людьми, пов'язаним із клієнтом, відповідними соціальними інституціями, оточенням. Інформація, яка відображається в еко-мапі, стосується наступних аспектів: стать та вік; композиція сім'ї (біологічні діти, пасинки, усиновлені діти, батьки тощо); сімейний статус (теперішній статус, розлучений/на, вдівець, вдова); структура сім'ї (хто чия дитина та батько і мати); склад домогосподарства (хто живе в будинку/квартирі); ситуація з роботою/безробіття; використання ресурсів громади (економічна підтримка, медична допомога, школа, соціальні служби); неформальні ресурси і “природні помічники” (розширена сім'я, родичі, друзі, сусіди, групи самопомоги); соціальна активність та інтереси (хобі, рекреаційна активність і т.п.); формальні асоціації (належність до церковної громади, участь у профспілках, членство в клубах, організаціях тощо); джерела підтримки та стресу в соціальних взаємодіях між людьми та між людьми і системами громади).

Соціальні працівники з досвіду знають, як нелегко буває розібратися в стосунках членів сімей, де батьки одружені вдруге чи втретє, де є інші родичі, які мешкають разом чи в сім'ї, коли в родині багато дітей, найстарші з яких мають власних дітей тощо. В таких випадках генограма та еко-мапа допомагає в роботі з сім'єю, причому, якщо є можливість, варто складати її разом з клієнтом та зображувати на одному аркушеві папері. Для зображення еко-мапи використовують спеціальні символи (рис.5), але можна додавати

також свої з поясненням їхнього значення.

 Стресові, обтяжені конфліктами стосунки		 Жінка 42 роки
 Слабкі, невизначені стосунки		 Чоловік 45 років
 Позитивні стосунки (чим товща лінія, тим міцніші стосунки)		 Покійний чоловік, помер в віці 40 років
 Обмін стосунками: сприйняття та надання ( в деяких типах стосунків клієнт може дати більше ніж він чи вона отримує чи навпаки)		 Особи, що живуть разом в одному будинку/квартирі

**Рис.5. Схематичні позначення, які використовують в еко-мапах і генограмах**

Однією з центральних у системно-екологічному підході є ідея **створення підтримуючих мереж**. Мережі – це формальні чи неформальні зв'язки людей чи організацій, які можуть поділяти між собою ресурси, обмінюватися навичками, інформацією, знаннями тощо. Вони можуть бути позитивними чи негативними відповідно до того, як вони впливають на особу. Наприклад, людина, що вживає наркотики, включена в мережу, яка дозволяє їй знаходити та купувати наркотики, підтримувати стосунки з іншими споживачами наркотиків тощо. Очевидно, що це приклад негативної мережі, частина якої існує нелегально. Але коли наркозалежна особа прийме рішення про необхідність лікування та реабілітації, вона має знайти та налагодити стосунки зі складовими елементами іншої системи чи мережі, яка зможе допомогти їй в досягненні мети. Це можуть бути родичі чи друзі, соціальні працівники, лікарі, лікарня чи реабілітаційний центр, програма підтримки людей, що мали залежність, група

самодопомоги тощо.

Тому завдання соціального працівника полягає в створенні та підсиленні позитивних, підтримуючих мереж, мобілізації їх ресурсів на користь клієнта та знаходженні людей чи організацій, які зможуть бути ефективними в допомозі клієнту досягти бажаної мети. Очевидно, також, що клієнти соціальної роботи, більшість з яких належить до бідних прошарків, мають обмежені соціальні мережі в порівнянні, наприклад, з представниками вищих класів, які мають можливість підтримувати тісні стосунки з друзями чи колегами в інших містах та інших країнах, що часто значно збільшує їх можливість доступу до різноманітних ресурсів, насамперед інформаційних та створює сприятливі можливості для розвитку чи досягнення бажаних змін.

### ***2.3.2. Соціально-радикальна модель***

Соціально-радикальна модель є результатом сплаву філософських, політичних і соціологічних шкіл та напрямків. Вона кидає виклик психологічним поясненням проблем клієнтів.

Радикальні підходи набули популярності в багатьох західних країнах наприкінці 1960-х і на початку 1970-х. На той момент у соціальній роботі найчастіше послуговувались психологічними моделями, що призводило до надмірної зосередженості на терапевтичній практиці. Така практика зазнала нищівної критики з боку частини самих соціальних працівників, політиків, учених, студентів і користувачів соціальних послуг.

Основні ідеї радикальної філософії походять від марксизму, який справив значний вплив на соціальну роботу. Його характерною рисою, як і радикалізму в цілому, є те, що він обстоює розрив з визнаною традицією, виступає за рішучі методи розв'язання проблем, якими можуть бути як пасивний протест, так і революційні дії, великої ваги надає поліпшенню соціального законодавства, ролі централізованого управління.

Марксизм фокусується на ідеї існування в кожному суспільстві нерівності та несправедливості, оскільки представники різних соціальних класів мають неоднаковий доступ влади, ресурсів, інформації тощо. Причому змінити ситуацію в межах капіталістичного суспільства неможливо, оскільки саме його економічна та соціальна структура породжує такий стан речей. Звідси логічним витікає необхідність зміни суспільного устрою чи принаймні основних його структур, які б представляли та захищали інтереси більшості.

У рамках **марксистської парадигми зарубіжної соціальної роботи** формується традиція вивчення умов колективного буття людей, колективістських орієнтацій

особистості. При цьому зважають на особистісні, соціальні якості клієнтів, соціальне становище, належність до певної соціально-класової групи. Діяльність соціальних працівників розглядають як силу, що сприяє здійсненню спільних колективних дій, спрямованих на розвиток самосвідомості клієнта та здійснення позитивних змін у суспільстві. Ця “сила” може бути спрямована на соціальний контроль або на виконання ролі соціального стабілізатора, соціального адвоката, соціального лікаря, соціального педагога.

Наразі виділяють наступні підходи марксистські підходи до соціальної роботи:

1) *прогресивний*, що розглядає соціальну роботу як носія позитивних змін, що сприяє покращенню взаємозв'язків у суспільстві та сприяє активізації колективного руху та підвищення свідомості;

2) *репродуктивний*, який робить акцент на участі соціальних працівників у відтворенні та посиленні – завдяки функції контролю – пригнічення робітничого класу в капіталістичному суспільстві,

3) *контрадикторний*, який фокусується на суперечливій ролі соціальних працівників, які своєю діяльністю, з одного боку, зміцнюють капіталістичний контроль, а з іншого, - підвищують функціональні можливості робітничого класу, завдяки навчанню, наданню повноважень клієнтам, більшість з яких належать саме до робітничого класу. В такий спосіб соціальні працівники збільшують протиріччя, що сприяє ліквідації капіталістичних відносин

Але якщо класичний марксизм пов'язував прояви нерівності та несправедливості, насамперед, з належністю до робітничого, тобто пригнобленого, класу, то сучасні радикальні теорії йдуть шляхом модифікації уявлень про соціальний клас та беруть до уваги набагато більший набір чинників, що можуть впливати на підтримання нерівності у суспільстві. Це, наприклад, стосується радикальної феміністичної теорії та антидискримінаційних підходів, які розглядають пригнічення в суспільстві жінок, представників національних меншин, гомосексуалістів, аналізують такі форми пригнічення, як упередження, негативні стереотипи, стигматизація та таврування тощо.

Радикальна практика соціальної роботи може розглядатися як **соціальна дія**, має наступні складові:

*розвиток критичної свідомості* (здатність аналізувати ситуацію соціальної роботи в соціальному та політичному планах, розумітися на політичних стосунках, локальних та глобальних взаємодіях, змінах та перебігу подій усередині організацій і громад);

*звітність* (питання розподілу влади не можна замовчувати, а варто намагатися

“зсунути” їх у бік користувачів служби)

*наділення користувачів більшими повноваженнями та можливостями для реального впливу* (розвиток здатності людей, які потребують підтримки, змінюватися самим, а також сприяти становленню політичної організації споживачів);

*знання громад, їхніх сильних сторін та складнощів, на які можна наштовхнутися, участь у боротьбі членів громад за свої права;*

*знання соціальної служби* (розуміння, як виробляється політика і як здійснюється боротьба з нерівністю; володіння навичками впливу та знання стратегії організаційних змін);

*колективна робота* (забезпечення і підтримку практичних заходів створення сприятливої робочої атмосфери скрізь, де це тільки можливо; доцільно уникати авантюризму та ізоляціонізму, працювати на організаційну демократію).

Також важливого значення надають трансформації існуючих соціальних інститутів, організації послуг. Так, наприклад, розвиток в Україні соціальної роботи з бездомними людьми стримується браком відповідних структур в нашому суспільстві. З іншого боку, явище бездомності, пов'язане з безробіттям, низьким рівнем заробітної платні, недосконалим законодавством, відсутністю системи соціального житла та житла з підтримкою для людей з особливими потребами тощо. Також часто причиною бездомності в Україні стає процедура реєстрації, яка передбачає наявність у людини офіційно зафіксованого місця проживання, без якого неможливо, наприклад, отримати втрачений паспорт, а без паспорта неможливо отримати роботу, яка б дозволила винаймати житло. Таким чином, індивідуальна проблема – відсутність житла – спричинена насамперед соціальними структурами та процедурами, що діють у суспільстві. Щоб допомогти цій групі клієнтів соціальні працівники мають радше вдаватися до зміни законодавства, створення структур та організаційних систем, які дозволять зменшити негативні впливи, тобто застосовувати радикальні підходи, аніж працювати з кожним конкретним випадком, застосовуючи психологічні моделі роботи.

Радикальні підходи застосовують як в індивідуальній, груповій роботі, роботі в громаді та груповому резидентному (стаціонарному) догляді. Причому ідею послуг розглядають досить широко. Вони включають освіту, покращення обізнаності щодо прав та свобод, підтримку в захисті клієнтами власних прав, допомогу в створенні організацій чи в приєднанні до вже існуючих, заохочення колективної діяльності, здобуття доступу до ресурсів. Така практика має призвести до персонального та соціального звільнення як в думках, так і в діях. Групи самопомоги, навчальні групи, гуртки, клуби, товариства

тощо вважають ефективними засобами підвищення свідомості.

Таким чином на одне з чільних місць у рамках радикального підходу ставлять *освітні заходи*. Розвиток цього напрямку пов'язують з ім'ям латиноамериканського діяча П. Фрейра. У книзі “Педагогіка пригнобленого” (1968 рік) він звертає увагу на дилему, яку переживають пригноблені люди. Вони розглядають себе як «нижчих», а тих, хто пригнічує, як «вищих»: в такий спосіб цінності останніх перетворюються на цінності тих, кого пригнічують. Так гнобитель стає моделлю гуманності та зразком для наслідування. Страх свободи з її відповідальністю спонукає пригнобленого до пошуку протекції гнобителя. Фрейр підкреслює, що така двоїстість не патологічна, це нормальний та стабільний стан у пригноблюючому суспільстві. І поки цей “внутрішній гнобитель” залишається нерозпізнаним, пригноблена людина не може розвивати ані свою свідомість, ані свою самість. Особливо страшний такий аспект пригнобленої свідомості, як “горизонтальне насильство”, спрямоване не на гнобителя, а на інші жертви – подружжя, дітей, близьких тощо. Тому людям потрібно зрозуміти та усвідомити природу свого пригнічення, розвинути власну свідомість, та перестати сприймати пригнічення як належне. З огляду на це надзвичайно важливе місце в соціальній роботі має бути відведено розвитку чи підвищенню самосвідомості („свідомізації”) клієнтів.

У розвиток поглядів П. Фрейре була розроблена **теорія соціальної дії**, що базується на простій ідеї: зміни можливі. Однак зміни мають сенс тільки тоді, коли люди, яких вони стосуються, залучені до планування, реалізації та оцінки впливу цих змін. Ця теорія розроблялася у Центрі соціальної дії Університету Де Монфорту (Великобританія) та використовувалася на міжнародному рівні у різних країнах, таких як Росія, США, Мозамбик, Камбоджа та Іспанія.

Соціальна дія - підхід, який дає змогу людям різного віку, досвіду та статусу об'єднати зусилля задля досягнення колективно визначеної мети. Підхід пропонує легкий для розуміння, гнучкий та відкритий робочий процес, який допоможе визначити нагальні проблеми, проаналізувати їх, розробити стратегію змін та здійснити її на практиці. Все це робиться відповідно до низки принципів, які поділяються усіма учасниками процесу та покликані забезпечити рівність та максимальну справедливість.

До принципів соціальної дії, які застосовують для активізації громади, відносять наступні.

1. *Забезпечення соціальної справедливості* означає протидію нерівноправ'ю та утискам за расовими, статевими, сексуальними, віковими, релігійними, класовими та іншими соціальними ознаками.

2. *Всі люди можуть вирішити проблеми, з якими вони стикаються, завдяки набутим навичкам, досвіду і знанням.*

3. *Кожна людина володіє правами, включаючи право бути почутим, право розібратися в проблемах, з якими він/вона стикається і право зробити певні кроки для дозволу розв'язання цих проблем. Людина також має право на самовизначення, і ніхто не може нав'язувати їй будь-які стереотипи.*

*Кожна людина має право брати участь у змінах, що впливають на її життя. У кожної людини має бути право голосу, і кожен повинен брати участь в житті суспільства. На цьому фунтується активізація громади. Кожна людина має право на свій світогляд і самовизначення. Дуже часто людям доводиться боротися з неправильним розумінням своєї ситуації, з неточним і образливим описом своєї громади і культури, які були придумані для того, щоб полегшити життя певним політикам і стороннім фахівцям.*

4. *Коріння несправедливості та пригноблення криється в соціальній політиці, навколишньому середовищі та економічній ситуації, тому індивідуальні проблеми людей можуть розглядатися в контексті загальних проблем громади.*

У кожної людини існує велика кількість індивідуальних проблем. Усвідомлення цього може пригнічувати і бентежити людину, в неї навіть може виникнути відчуття провини. Активізація громади дозволяє людині звільнитися від цього негативного настрою, зрозуміти свої індивідуальні проблеми в ширшому соціальному контексті та зробити певні кроки разом з іншими людьми для їх вирішення.

5. *Колективна робота робить людей сильнішими. Людина, якій не вистачає сили і впливу, щоб самотужки вирішувати проблему, може добитися перемоги в спільній роботі з іншими людьми, які перебувають у такій самій ситуації.*

Активізація громади має на меті об'єднання людей для обміну досвідом, а також для спільного вирішення проблем за допомогою своїх ресурсів і вмінь. Пошук загальної ідеї може додати окремій людині волі й сили для розв'язання складніших проблем.

6. *Працівники соціальної сфери, які сприяють активізації громади, не лідери, а посередники. Їхнє завдання - надихнути людей і зробити так, щоб вони самі ухвалювали рішення і відчували відповідальність за можливий результат. Внесок кожної людини в цей процес оцінюється однаково, і дуже важливо, що практики соціальної сфери не володіють особливим статусом або привілеями.*

Радикальні, зокрема марксистські, підходи зазнають критики через те, що вони не призначені для безпосереднього застосування на практиці й являють собою швидше ідеологічні погляди, аніж практичні рекомендації чи гіпотези. Їхнє значення для щоденної



практики соціальних працівників, котрі займаються, скажімо, соціальним захистом дітей, може залишатися незрозумілим. Бо рішення щодо структурних змін виходять за межі їхньої компетенції, так само як і перерозподіл між представниками різних класів прибутків та життєво необхідних ресурсів не входить до обов'язків соціальних служб. Радикальна теорія ігнорує невідкладні особисті проблеми клієнта, є слабкою в поясненні його емоційного стану, оминає увагою складну сукупність міжособистісних відносин, зокрема, й між клієнтом та соціальним працівником, оскільки останні розглядається переважно як елемент процесу пригнічення.

Разом із тим радикальні підходи також сприяли усвідомленню владної нерівності у стосунках між клієнтами та фахівцями соціальної служби, а також між різними професійними групами. На думку британського вченого, Малкома Пейна саме завдяки “теоретичному ґрунту, створеному радикальною школою, згодом стали можливими поява та розвиток таких форм соціальної роботи як надання повноважень, представництво, підвищення свідомості”.

У 1980-х – 1990-х роках у західній соціальній роботі набув особливої популярності **феміністський підхід** (феміністська практика), який спирався на радикальний фемінізм. Мета цього підходу – наділення людини владою, підвищення здатності контролювати ситуацію. Він заохочує розвиток незалежної особистості, на яку не впливають відносини з іншими людьми. При використанні цього підходу по можливості дотримується рівна влада між клієнтом і спеціалістами; соціальні працівники не вважають себе експертами в проблемах клієнта, вони виконують роль своєрідного каталізатора, допомагаючи клієнту самому набувати влади. Феміністи прагнуть зрозуміти життя та переживання жінок, виходячи з їхніх перспектив і цінностей, що відрізняються від чоловічих.

Ключовий внесок цього підходу полягає в нагадуванні, що особливу вагу потрібно приділяти зміні факторів пригнічення в суспільстві, аніж сподіватися жінок засвоїти очікувані від них рольові поведінки. Досвід радикальних працівників США продемонстрував, що “поєднання рішення проблем окремого клієнта і організаційних дій дає практичним соціальним працівникам можливість брати участь і в особистісних стосунках, і в соціальних процесах.

Прикладом застосування такого підходу є робота зі зміни статевих стереотипів, зменшення насильства та експлуатації. Наприклад, у недержавній соціальній службі для жінок в Люблянні (Словенія) соціальні працівниці допомагають, зокрема, жінкам, котрі страждають від булемії, анорексії, надмірної ваги тощо. При цьому вони проводять індивідуальні консультації та тренінгові групи не тільки з цими жінками, але й з їхніми

чоловіками та найближчим оточенням, пояснюючи природу стереотипів щодо жіночої краси.

Якщо згідно з традиційними підходами до соціальної роботи вважається, що жінці, котра зазнає насильства в сім'ї, потрібно надати можливість для перебування в притулку чи знайти інше безпечне місце для тимчасового проживання, то з точки зору радикальних підходів необхідно діяти навпаки, а саме: чоловікові насильникові потрібно заборонити проживати вдома, замість того, щоб змушувати жінку і дітей, які вже і так постраждали, шукати собі притулок та при звичаюватися до нових умов життя, що виступає для них додатковим стресом.

Отже, сфера діяльності соціальних працівників, котрі використовують феміністичний підхід, часто виходить за межі бюрократичної системи соціальних послуг. Чимало радикалів, особливо учасники феміністського руху, зосереджені на нових соціальних проблемах, які залишаються поза рамками державних програм, – проблемах бездомних і голодних, жінок, які потерпають від насилля, прав лесбіянок і гомосексуалістів, використовуючи їх у боротьбі за зміни.

До обмежень феміністичної радикальної теорії можна віднести те, що вона не розглядає інші форми пригнічення, аніж спричинені патріархальним порядком у суспільстві, зокрема інституціоналізоване структурне пригнічення, майже не бере до уваги індивідуальний досвід жінок.

Попри ці застереження до соціально-радикальних підходів, їхня перевага полягає в тому, що вони входять як складова практики, як певне філософське підґрунтя до інших моделей практичної соціальної роботи, включаючи гуманістичну, когнітивно-біхевіористську модель, психодинамічні підходи, тощо.

### ***2.3.3. Теорія ролей і стигматизації***

Важливою для використання у соціальній роботі є теорія ролей, яка належить до структурно-функціоналістських теорій у соціології. Її пов'язують з іменами таких соціологів як Д. Мід, Р. Лінтон, Т. Парсонс, Р. Мертон, значний внесок у її розвиток зробили також і психологи (Я. Морено, Дж. Келлі та інші), проте їхнє розуміння ролі дещо відрізняється від прийнятого в соціології. Якщо для соціолога роль - це одиниця соціальної структури, то в соціальній психології роль визначають як форму поведінки, яка логічно витікає із того факту, що людина розуміє, як мислять інші люди, пов'язані з ним в його діяльності.

Теорія ролей виходить з припущення, що люди займають певні позиції в соціальних

структурах. Отже, **ролі** – це набори очікувань або поведінка, асоційованих з позиціями в соціальних структурах. Ролі можуть бути зрозумілими лише в соціальних ситуаціях та відповідно до певного культурного контексту.

Роль, як продукт взаємодії між людьми, складається з трьох компонентів:

1) рольові уявлення – як особа в конкретній соціальній ситуації уявляє собі, як слід поводитися;

2) рольові очікування (експектації) – що інші дійсно очікують від поведінки особи, котра займає певну позицію, ці очікування можуть бути формальними і неформальними;

3) виконання ролі – якою насправді є реальна поведінка особи.

На думку американського соціолога Т. Парсонса, будь-яка роль може бути описана за допомогою п'яти характеристик:

1) емоційність (деякі ролі вимагають емоційної стриманості, в той час як інші вимагають відвертішого висловлення почуттів);

2) спосіб отримання (ролі поділяються на зовнішні, які не залежать від зусиль індивіда, та такі, як завоюються завдяки особистим зусиллям);

3) масштаб (деякі ролі обмежені суворо визначеними аспектами взаємодії людей, інші мають широкий, дифузний характер);

4) формалізація (одні ролі передбачають спілкування за суворо визначеними правилами, інші – дають змогу налагоджувати неформальні, особисті відносини);

5) мотивація (різні ролі обумовлені різними мотивами).

Ролі вивчаються завдяки спостереженню та досвіду, і це вивчення та засвоєння ролей є частиною процесу соціалізації. Вони відображають наше сприйняття та розуміння більшості прийнятних для особи шляхів поведінки в певних ситуаціях. Ролі потрібно розглядати в контексті відносин, оскільки вони можуть бути ідентифіковані лише у відносинах. Ролі створюють нашу ідентичність, як її бачать інші. Через спосіб, у який інші реагують на нас, ролі, як інші їх бачать, будують нашу власну концепцію нашої ідентичності. Таким чином, рольова теорія подібна до системного мислення, адже на ролі впливає зворотній зв'язок і вони засвоюються у певній ситуації, певному контексті .

Існують різні класифікації ролей. Ролі можуть бути **приписані та досягнуті**. Приписані ролі пов'язані зі статтю, расою, вродженою чи набутою інвалідністю тощо. Досягнуті – це ті, що пов'язані з нашою діяльністю та досягненнями: супервізор, керівник організації, голова наглядової ради, консультант. Також ролі поділяють на формальні (батько, діти, дідусь, тітка і т.п.) та неформальні ролі (цап-відбувайло, контролер, послідовник, доглядач, той, хто приймає рішення, тощо). Відповідно до іншої класифікації

є біологічні ролі (мати, батько, онука) і ті, які є наслідком нашого свідомого вибору – студент, волонтер, викладач, соціальний працівник, подруга, дружина.

Це особливо важливо при роботі з сім'ями та клієнтами біженцями та мігрантами. Соціальні працівники повинні вивчати національні культурні традиції сімей, з якими вони працюють, та бути обережним щодо визначення цих ролей на основі власного досвіду та цінностей. Бо, приміром, досить поширене уявлення в нашому суспільстві щодо рівності ролей чоловіка і дружини в сім'ї, може створювати професійну дилему для соціального працівника, котрий працює з афганськими чи таджицькими сім'ями, де ролі сконструйовані інакше.

Упродовж життя, як доводив засновник психодрами Я. Морено, відбувається рольовий розвиток. Морено виділив чотири найважливіших стадії розвитку людини – ембріональну, першу, другу і третю психічні всесвіти, при проживання яких послідовно опановуються такі ролі, як:

1) соматичні (соматопсихологічні) – ті, що співвідносяться з поведінкою людини, як тілесної особи (наприклад, такими є ролі „їдока”, „того, хто сидить на стулі”, „того, хто вступає в статевий контакт” тощо);

2) психічні – ті, які співвідносяться зі сферою внутріпсихічних станів і процесів („людина, що насолоджується”, „людина, що страждає”, „замислений” тощо);

3) соціальні ролі – ті ролі, в яких людина виступає відносно інших людей і соціальних інститутів („товариш”, „сестра”, „директор”, „дружина” тощо), причому чим сильніше людина ідентифікує себе із соціальними ролями, тим слабшим стає її Я (замість) і можливості долати надзвичайні життєві ситуації;

4) трансцендентні – ті, які співвідносяться з вищими аспектами буття, як-от релігійними переконаннями, етикою, цінностями („жертвна людина”, „творча людина”, „споглядаюча людина” тощо).

З-поміж інших важливих концепцій теорії ролей виділимо:

- **набір ролей** - сукупність ролей, які вона опановує з набуттям певної соціальної позиції чи статусу;

- **доповнюваність (компліментарність) ролей** – узгодження ролі, поведінки людини з очікуваннями тих, хто її оточує;

- **напруженість між ролями** – необхідність людини балансувати між різними обов'язками;

- **міжрольовий конфлікт** – несумісність різних ролей, які доводиться виконувати одній людині. Наприклад, керівникові інколи доводиться поєднувати ролі друга і

начальника, і тоді досить складно балансувати між різними обов'язками та зобов'язаннями, які передбачають ці дві ролі. Також досить типовою є ситуація в нашому суспільстві, коли жінці доводиться виконувати ролі працівниці, бути матір'ю, дружиною, домогосподаркою, доглядачем престарілих батьків, подругою, сестрою та ін. Цілком очевидно, що виконувати всі ці ролі відповідно до існуючих очікувань їй буде надзвичайно важко, а іноді й неможливо, бо перелічені ролі конфліктуватимуть між собою;

- **неоднозначність ролі** – недостатнє усвідомлення людиною обов'язків, які їй доводиться виконувати, перебравши на себе певну роль. Так, соціальні працівники, особливо недосвідчені чи практиканти, часто скаржаться на невизначеність своєї професійної ролі. Та й кваліфіковані соціальні працівники інколи мають з цим проблему – коли виконують різнопланові й суперечливі завдання, або коли їм бракує розуміння місії організації-роботодавця, або коли не вистачає часу для опанування сучасних знань і навичок;

- **рольові дистанції** – відмежування соціальними працівниками особистісних ставлень та поведінки від поведінки, що є очікуваною від їхньої професійної ролі. Дотримання цієї дистанції потребує особливої тактовності, адже клієнти або інші співрозмовники можуть сприйняти це як відразу фахівця до власної ролі.

**Соціальні працівники часто мають справу як із зміною ролей, що може викликати дискомфорт у клієнтів, так і рольовими конфліктами.**

*Зміна ролі чи її втрата* призводить до стресу і необхідності переглянути набір ролей та набути і засвоїти нову роль. Для розуміння тієї чи іншої ролі в житті клієнта соціальним працівникам варто дізнатися, чи була зміна ролі добровільною, яким є ступінь вибору чи контролю при виході із ролі, як довго людина виконувала попередню роль і які переваги вона давала, як виникла нова роль.

Таким чином, теорія соціальних ролей виступає фундаментальною основою у практиці соціальної роботи з клієнтами, яким необхідно полегшити процеси соціалізації та адаптації – людьми з обмеженими фізичними і психічними можливостями, дітьми, яких виховують в інтернатах та опікунських сім'ях, правопорушниками та ін. Керуючись нею, соціальні працівники допомагають клієнтам опанувати різні соціальні ролі й справлятися з ними: члена сім'ї, учня, службовця, покупця, користувача транспорту, учасника спортивних ігор або програм дозвілля. Для цього створюють ігрові терапевтичні ситуації, проводять спеціальні тренінги, групові дискусії та ін. Можливе й застосування таких стратегій втручання, як рольові ігри, психодрама, зміна ролей, групова поведінкова

психотерапія, артотерапія тощо, які тісно пов'язані з психологічними моделями соціальної роботи.

Для зменшення *рольових конфліктів* можливе застосування таких стратегій:

- “ізоляція” чи відділення однієї ролі до іншої. Замість того, щоб применшувати певну роль, люди будують їхнє життя так, що певну роль вони відіграють лише в певному місці і в певний час. Чимало людей успішно залишає роль працівника “на роботі”, а вдома присвячує себе ролі чоловіка чи батька;

- перегляд властивих особі наборів ролей, встановленням їхньої ієрархії та відмовою від деяких з них. Очевидно, що зробити це буде неможливо за відсутності людей чи організацій, які зможуть перебрати на себе відповідні ролі чи надати підтримку у виконанні ролі.

Взявши на озброєння теорію ролей, соціальні працівники послуговуються такими техніками, як:

— групова дискусія (керована дискусія, предметом якої можуть бути біографія клієнта, міжособистісні стосунки в групі та ін.);

— ігрова терапія (вільна чи керована гра, яка справляє терапевтичний вплив на клієнта);

— психодрама (ігрова методика, що передбачає створення умов, за яких індивіди, виконуючи ролі, можуть творчо працювати над подоланням особистісних проблем і конфліктів);

— арттерапія (використання творчих експресивних засобів — скульптури, малюнка тощо — для стимулювання активності корекції поведінки людей із емоційними проблемами);

— групова поведінкова психотерапія (психотерапевтичні процедури, які сприяють засвоєнню нових ролей у групі і за допомогою групи, корекції поведінки, опануванню соціальних навичок та ін.);

— спеціальні тренінги, ситуативно-рольові ігри, зміни ролей тощо.

Цінність теорії ролей полягає у тлумаченні поведінки клієнта через конфлікт або неоднозначність його ролей. Як правило, таке пояснення не містить критики особистості клієнта, тому сприймається без його внутрішнього опору, що створює умови для результативних стратегій втручання. Однак, вказуючи на конфлікти ролей, ця теорія недостатньо уваги приділяє розкриттю всіх їх передумов і глибинної суті, моделюванню технік оптимізації емоційних, особистісних реакцій, поведінки клієнта, який переживає цей складний період свого життя.

Розуміння теорії соціальних ролей допомагає також аналізувати **відносини “соціальний працівник – клієнт”**. Адже діяльність самого соціального працівника пов’язана з існуванням набору ролей, які детально описані в літературі. Соціальний працівник повинен вивчити, як особа бачить його роль та його власні очікування щодо цієї ролі. Потрібно знати про очікування значимих інших про ці самі ролі. Тобто з точки зору рольової теорії потрібно зважати на таке: 1) хто і чого очікує від соціального працівника (клієнти, родичі клієнтів, керівники, колеги, спеціалісти з інших соціальних агенцій, представники влади, політики тощо); 2) ті моменти, де ці очікування співпадають чи суперечать одне одному; 3) як соціальний працівник може справитися з конфліктуючим набором очікувань.

Для соціальної роботи також важливим є підхід до розуміння ролі з позицій символічного інтераціоналізму, який фокусується на тому, що формування соціальних ролей відбувається під впливом соціальних очікувань й ефекту стигматизації.

**Стигма** (лат. stigma – тавро) означає дискредитацію індивіда через приписування йому соціально негативних рис, характеристик, які сприймаються в певному середовищі як принизливі, спричиняють негативні суб’єктивні переживання. Це сильний негативний ярлик, який радикально змінює концепцію “Я” особистості і її соціальну ідентичність та зазвичай означає поведінку, яка відхиляється від “норми”.

Виділяють три види стигми, пов’язаних із:

- 1) фізичними деформаціями людського тіла;
- 2) психічними розладами, тюремним ув’язненням, залежністю від психоактивних речовин, гомосексуальністю; безробіттям, спробами суїциду, радикальною політичною поведінкою;
- 3) расою, національністю, релігією, тобто тим, що може передаватися через походження і стосуватися всіх членів сім’ї.

При цьому високою є вірогідність засвоєння затаврованими людьми очікувань щодо свого тавра, отже вони починають діяти у спосіб, що узгоджується з очікуваннями щодо їхнього тавра.

Наприклад, від моменту виявлення перших випадків ВІЛ-інфекції, люди, які живуть з ВІЛ, майже одразу стали об’єктами стигми. Стигма, асоційована з ВІЛ/СНІДом, має різні прояви у різних країнах:

- неприйняття та уникання людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом;
- дискримінація людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом;
- примусове тестування на ВІЛ без попередньої згоди та дотримання

конфіденційності з подальшим гонінням;

- насильство над людьми, які сприймаються як такі, що живуть з ВІЛ-інфекцією;
- ізоляція людей, які живуть з ВІЛ.

У літературі описані джерела походження стигми, асоційованої з ВІЛ/СНІДом:

- прагматичний страх ВІЛ/СНІДу як хвороби: стигма, пов'язана з цим, впливає із здатності інфекції передаватися та летальних наслідків ВІЛ-інфекції; вона виражає страх та уявлення, що зазвичай пов'язуються із будь-яким інфекційними та летальним захворюванням. Можливо, найкраще це можна проілюструвати досвідом перших етапів епідемії, коли яким люди, які інфікувалися ВІЛ через переливання крові, порівняно з споживачами ін'єкційних наркотиків певний час зазнавали не такої вираженої стигматизації з боку суспільства. З посиленням епідемії більшість з них зазнали уникання та ізоляції через побоювання щодо передачі ВІЛ побутовим шляхом;

- символічне асоціювання ВІЛ/СНІДу та груп, у яких виявлено значну поширеність ВІЛ-інфекції: ця стигма являє собою ніщо інше як використання захворювання для того, щоб виразити ставлення до груп, з яким воно асоціюється та поведінки через яку інфекція передається. У Америці прикладом такої соціальної групи є насамперед люди гомосексуальної орієнтації, в деяких інших країнах, у тому числі в Україні, - споживачі ін'єкційних наркотиків та працівники секс-бізнесу.

Крім очевидних свідчень уникання та гоніння, можливо, стигма, асоційована з ВІЛ/СНІДом, справляє вагомий вплив на готовність людей з ВІЛ розкривати свій статус іншим. Побоювання негативного ставлення примушує багатьох приховувати ВІЛ-позитивний статус, що, як не дивно, може призводити їх до соціальної ізоляції, позбавлення можливості отримати належну соціальну підтримку і зрештою може посилювати стрес. Крім того, деякі люди з ВІЛ настільки глибоко переймаються стигмою, що це породжує негативне ставлення до себе, самозвинувачення та саморуйнівну поведінку, тобто до так звану самостигматизацію.

Близькі тих людей, які живуть з ВІЛ, також зазнають ризику стигматизації. Вони часто зустрічають неприйняття та дискримінацію через те, що пов'язані з людьми з ВІЛ. Люди, залучені до догляду та підтримки людей із ВІЛ, як-то професіонали чи волонтери, також ризикують відчувати неприйняття через те, що безпосередньо працюють з людьми з ВІЛ, що робить їх і без того важку роботу ще обтяжливішою.

Одним з наслідків стигми є *дискримінація* - обмеження прав і свобод людини, при якому проводиться розрізнення між людиною та іншими людьми, що призводить до несправедливого до неї ставлення на підставі того, що вона належить, або вважається, що належить, до певної групи. Якщо стигма – це прояви негативного ставлення на рівні



думок та висловлювань, а дискримінація – це прояви ставлення на рівні дій.

Стигма і дискримінація негативно впливають на якість життя людей (соціальна захищеність, задовільне фізичне самопочуття, задоволення духовних потреб, психічне благополуччя та реалізація і саморозвиток особистості). Протидія стигмі та дискримінації має спиратися не тільки на виявлення та усунення причин їх виникнення, але й на протидію тому, що негативно впливає на складові якості життя.

Різноманітні інститути, які діють у суспільстві, відіграють значну роль в процесі стигматизації, сприяючи ізоляції індивіда з девіантною поведінкою чи фізичними обмеженнями. До них належать не тільки суд, поліція, в'язниця, психіатричні лікарні, але й соціальні заклади. Тому соціальні працівники також мають дбати про те, щоб послуги, які вони надають, не були стигматизуючими.

Соціальна робота повинна спиратися на *антидискримінаційну практику* - комплекс настанов та реальних заходів для подолання порушення прав будь-яких груп клієнтів у практиці соціальної роботи, передусім за класовими, національними, релігійними, статевими та віковими ознаками. При цьому соціальні працівники визнають існування пригноблення не тільки як у поведінці й стосунках окремих людей чи груп, але й в установах, різноманітних структурах та у суспільній свідомості.

Отже, теорія ролей і стигматизації допомагає визначити статус клієнта та його взаємини з іншими, зокрема, з соціальними працівниками.

---

## **Висновки**

---

1. Системно-екологічна модель соціальної роботи спирається на загальну теорію систем та соціальну екологію. Зміст роботи спеціалістів полягає в тому, щоб за допомогою активних методів адаптації і соціалізації клієнта досягнути особистісних змін задля досягнення відповідності між станом індивіда й вимогами навколишнього середовища, або у впливі на зміну умов оточення з тим, щоб соціальне і фізичне середовище якомога більше відповідало правам, потребам і життєвим цілям особистості.

2. Соціально-радикальна модель спирається передусім на марксизм і радикальний фемінізм. Вона кидає виклик психологічним поясненням проблем клієнтів і закликає до розгляду балансу влади, використання структурних засобів розв'язання проблем, колективних дій.

3. Теорія ролей допомагає визначити статус клієнта та його взаємини з іншими, зокрема, з соціальними працівниками, пояснення поведінки клієнта, який переживає конфлікт ролей чи неоднозначність ролі. Формування соціальних ролей відбувається під впливом соціальних очікувань й ефекту стигматизації.

## **Запитання для самоперевірки**

1. Проаналізуйте основні концепції системно-екологічної моделі соціальної роботи.
2. Що, на Вашу думку, належить до ключових завдань соціального працівника з точки зору системно-екологічної моделі?
3. Спробуйте скласти соціальну історію своєї сім'ї, відобразивши її функціонування та структуру. Підготуйте графічну схему стосунків у сім'ї.
4. У чому полягають основні ідеї Паоло Фрейра?
5. Які підходи до практики соціальної роботи пропонує радикальний фемінізм?
6. Які основні концепції включає теорія ролей? Як їх використовують у соціальній роботі?
7. Що таке стигма та дискримінація, в чому полягає відмінність?
8. Що, на вашу думку, може обмежувати застосування рольової теорії в практичній соціальній роботі?

### Література

1. Гусякова Л.Г., Холостова Е.И. Основы теории социальной работы. – М.: Институт социальной работы, 1997. – С. 114-115.
2. Кабаченко Н., Семигіна Т Радикальні підходи у соціальній роботі // Соціальна політика і соціальна робота. – 2004. – № 2.- С. 112-121.
3. Кабаченко Н., Семигіна Т. Особливості застосування екологічного підходу в практиці соціальної роботи// Наукові записки НаУКМА. – Т.33. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота. – К.: КМ Академія, 2004. – С.73-78.
4. Пейн М. Сучасна теорія соціальної роботи: Пер. з англ. – К., 2000. – С.184.
5. Практика социальной работы / Под ред. К. Ханвея, Т. Филпота. – К.-Амстердам: Ассоциация психиатров Украины, 1996.
6. Сидоров В. Профессиональная деятельность социального работника: ролевой аспект. – Винница: Глобус-пресс, 2006.
7. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Вид. дім „Києво-Могилянська академія”, 2006.
8. Соціальна робота. В 3- х ч. – Ч.2. Теорії та методи соціальної роботи / За ред. Семигіної Т.В., Григи І.М. – К.: Києво-Могилянська академія, 2004.
9. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник. – К.: УДЦССМ, 2002.
10. Стигма и дискриминация. – Доступний на: [http://www.aids.ua/\\_hiv aids/popular/stigma.html](http://www.aids.ua/_hiv aids/popular/stigma.html).

11. Теорії та методи соціальної роботи / За ред. Семігіної Т.В., Миговича І.І. – К. Академвидав, 2005.

12. Технології активізації громади: Метод. посібник / За заг. ред. О.В. Безпалько. – К.: Науковий світ, 2006.

13. Энциклопедия социальной работы: Пер. с англ. - В 3-х т. –М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.

## **2.4. Комплексні моделі соціальної роботи**

### ***2.4.1. Кризове втручання***

Важливе місце в теорії і практиці соціальної роботи посідає теорія кризового втручання. Її застосовують у випадках, коли до соціального працівника звертаються клієнти в стані глибокої кризи, і ситуація вимагає оперативного втручання. Звідси й поширена назва підходу – “кризове втручання в соціальній роботі”.

В основні кризового втручання - розуміння кризи та особливостей її перебігу. Проте розуміння кризи досить часто є індивідуальним.

**Криза** – походить від грецького слова “рішення”. Сучасне розуміння – відсутність балансу. Криза - ситуація або подія, коли людина стикається з перешкодою на шляху здійснення важливих життєвих цілей, і цю перешкоду не можна подолати деякий час за допомогою звичайних методів розв’язання проблем. Далі настає період дезорганізації і вибуху, впродовж якого людина намагається розв’язати проблему.

Кризу слід відрізнити від стресу, фрустрації та конфлікту.

*Стрес* – поняття, яке увійшло у нашу мову і набуло широкого застосування. За первісним значенням виражає неспецифічну реакцію організму на будь-яку вимогу із зовні (проблему). Наприклад, стрес як проблема переслідує всіх людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом. Спочатку він може бути викликаним втратою коханої людини, або низкою інших, дрібніших втрат: домашньої тварини, оренди, просування по службі. Це короткотерміновий стрес – він не викликає прогресування хвороби. Проте стрес, який триває протягом багатьох місяців (а це часто має місце при ВІЛ-інфекції), в кінцевому підсумку негативно впливає на імунну систему, що підтверджено американськими дослідниками.

*Фрустрація* (лат. frustration – обман, руйнування планів) – стан розпачу, відчаю, люди. Поняття ситуації, що призводить до фрустрації, за визначенням багатьох психологів включає в себе наявність сильної мотивуючої сили (бажання) чогось досягти і перешкоди,

яка не дозволяє цього зробити. При цьому перешкоди можуть бути, наприклад, фізичні (стіни в'язниці), біологічні (хвороба, старіння), психологічні (страх, інтелектуальна недостатність), соціальні (правила, норми, забобони). Отже, на відміну від ситуації стресу, особа, що переживає фрустрацію, від початку була орієнтована не на уникнення труднощів у задоволенні потреб, а на досягнення певного результату своєї життєдіяльності. Так, приміром, фрустрація у житті людини з ВІЛ може виникати через неможливість побороти вірус, через вимушені обмеження в стилі життя, неможливість реалізувати життєві плани через невизначеність майбутнього.

*Конфлікт* традиційно визначається як наявність протиріччя. У будь-якому разі це протиріччя буде внутрішнім, тобто людина усвідомлюватиме протилежні або несумісні складові конфлікту і переживатиме їх в собі. Критичною ситуацією конфлікту буде така, коли суб'єктивно людина не може ні вийти із ситуації конфлікту, ні вирішити її шляхом компромісу між складовими протиріччя, ні шляхом вибору чогось одного. Тобто коли людина здається перед неможливістю прийняти рішення.

*Криза* – це вже поворотний пункт життєвого шляху. Внутрішньою необхідністю життя особистості є реалізація свого шляху, свого життєвого замислу. Психологічним «органом», якій проводить замисел крізь неминучі труднощі та складнощі світу, є воля. Коли перед подіями, які охоплюють найважливіші життєві відносини людини, воля виявляється, виникає специфічна для цього аспекту життєдіяльності критична ситуація – криза.

Виділяють два різновиди криз, які відрізняються між собою ступенем залишеної можливості реалізації внутрішньої необхідності життя. Криза першого виду може серйозно ускладнювати та затрудняти реалізацію життєвого замислу, однак при цьому все ще зберігається можливість відновлення перерваного кризою ходу життя. Це випробування, за якого людина може вийти, зберігши у суттєвих аспектах свій життєвий замисел та ствердивши свою власну тотожність (індивідуальність). Ситуація другого роду, власне криза, робить реалізацію життєвого замислу неможливою. Результат переживання цієї неможливості – метаморфоза особистості, її переродження, прийняття нового замислу життя, нових цінностей, нової життєвої стратегії, нового образу Я.

Кризу можуть викликати різні явища: народження і смерть члена сім'ї, раптова хвороба, інвалідізація, зростання та старіння, знаходження нових цінностей. Криза позначається на загальному стані людини чи цілої сім'ї. Наприклад, сім'я, яка переживає кризу й не може з нею впоратися, перестає виконувати властиві для неї функції, зокрема функцію соціалізації дітей, матеріальної та морально-психологічної взаємодопомоги.

Важливими ознаками, що свідчать про необхідність втручання соціального працівника, є брак умов у сім'ї для нормального розвитку та виховання дитини, тобто коли матеріальні потреби дитини не задовольняються, вона голодує чи одягається не по сезону, не має навичок особистої гігієни та умов для їх дотримання, змушена працювати і не має можливостей для навчання та дозвілля, коли дитину навчають та змушують жебракувати чи вживати алкоголь тощо, вона є об'єктом сексуальних домагань чи сексуальної експлуатації в сім'ї, вона може бути позбавлена можливості спілкуватися з іншими дітьми та зазнавати насилля.

Індивід (або сім'я, група, спільнота) мають періоди посилення внутрішнього і зовнішнього стресу, що порушує нормальний життєвий цикл і звичний стан балансу з навколишнім середовищем. Такі ситуації зазвичай спричинені певною травмуючою подією, яка може бути як зовнішнім ударом, так і внутрішньою напругою, яка посилюється. Подія може бути одиничним катастрофічним випадком або серією невеликих невдач, які мають кумулятивний ефект.

Вплив травмуючої події порушує баланс особистості і ставить людину у вразливе становище, що знаходить вияв у посиленні напруги і стурбованості. У спробах знову досягнути рівноваги людина проходить кілька стадій: первинне зростання напруги, що стимулює звичні способи вирішення проблем; подальший ріст напруги в умовах, коли ці способи виявляються безрезультатними; значне збільшення напруги, що вимагає мобілізації не лише внутрішніх, а й зовнішніх джерел, використання нестандартних, резервних способів подолання проблеми; невдачі в подоланні проблеми (ухиленні від її вирішення або переформулюванні) приводять до прогресуючого погіршення і «декомпенсації», до крайньої межі підвищується напруження. У цей момент якийсь каталізуючий чинник може стати «останньою краплею», що призводить індивіда в стан інтенсивної кризи, яка супроводжується дезорганізацією і припиненням опору. Потім настає період поступового відновлення аж до досягнення стану рівноваги.

Для соціальних працівників важливим є те, що криза може завершитися на будь-якій із стадій, коли загроза зникає або знаходиться спосіб її розв'язання. Проте не всі можуть подолати її власними зусиллями. Можливість протистояти стресовим ситуаціям може бути зменшена через такі чинники:

- проблеми, що їх має родина, є надзвичайно для неї значущими, чисельними, незвичними;
- форми поведінки членів родини є неприйнятними або дезадаптивними;
- хтось із членів родини має соматичні або психічні захворювання;

- підтримка з боку родичів, друзів у випадку критичної ситуації є недостатньою;
- слабе здоров'я, виснаження через інші причини, наприклад, коли людина хронічно не висипається, перевтомлюється;
- деструктивні когнітивні схеми (стиль мислення), наявність так званих життєвих сценаріїв “на це я не здатний”, “це мені не під силу”, „нещасливої зірки”, „сумного фаталіста”, страх ризику змін, прихована суїцидальна настанова у котрогось члена родини;
- відчуття самотності;
- втрата домінуючої ідеї, мети, віри.

На можливості подолання критичних, кризових ситуацій суттєво впливає попередній досвід. Якщо раніше проблеми не розв'язувалися повністю, то це обмежує адаптивні можливості людини.

Деякі фахівці вважають, що криза може стати постійною (тривалою), коли події, що викликають кризовий стан, повторюються постійно і людина чи сім'я вичерпують внутрішні ресурси опору. В такому випадку людина чи сім'я часто входить у стан адаптації (або квазі-адаптації) до кризи; стан, коли важливі потреби не задовольняються, стає для людини/сім'ї нормальним. Це особливо важливо для соціального працівника-практика; адже в такому випадку він має в певному сенсі порушити баланс і вивести людину чи цілу сім'ю зі звичного стану, щоб досягти покращення ситуації

Варто наголосити, що сприйняття і характеристика кризи є амбівалентними, оскільки до її розуміння і тлумачення причетні психологи, соціологи, психіатри. Тому важливою видається думка британського фахівця Кірана О'Хагана, котрий зауважує, що не всі ситуації можна підвести під класичні теорії, але ніхто не заперечує право людей сказати, що вони переживають кризу повною мірою, якщо вони сприймають ситуацію як кризову.

Оснoву **кризового втручання** становлять техніки, запропоновані у 1960-х роках американським психіатром Д. Капланом для превентивної психіатрії. Його ідеї щодо запобігання виникненню хвороб у людей, котрі перенесли важку втрату, підхопили британські соціальні працівники, котрі здійснювали роботу в громаді. У 1970-х роках теорію кризового втручання розвинула його співвітчизниця Н. Голан, котра розрізняла матеріально-організаційні заходи з подолання кризової ситуації та психологічну роботу впродовж максимум восьми зустрічей із консультантом щодо коригування когнітивного сприйняття та розробки нової поведінки.

**Кризове втручання** застосовують у випадках, коли до соціального працівника

звертаються клієнти в стані глибокої психологічної кризи, і ситуація вимагає оперативного втручання. Кризове втручання є не самостійною теорією, а комплексним підходом, що спирається на використання елементів психодинамічної моделі, короткострокової когнітивної терапії, біхевіористських підходів, зокрема, теорії соціального навчання (навчання), а також соціологічних підходів, зокрема, теорію систем.

Так, кризового втручання фокусується на емоційних реакціях на зовнішні події та на тому, як їх раціонально контролювати (елементи психодинамічної моделі); активно використовує таке поняття „як гомеостаз”, тобто стан рівноваги, якого прагнуть досягти внаслідок втручання, наголошує на відновленні зв'язків клієнта з іншими елементами соціальної системи (теорія систем).

У багатьох країнах кризове втручання спочатку використовували у психіатричних службах за місцем проживання. Згодом ця модель роботи набула значної популярності й стала майже універсальною, бо, згідно з Е. Еріксоном, кожна людина переживає певні кризи на кожному віковому етапі й звернення до соціальних служб фактично виступає свідченням неможливості людини самостійно впоратися з своєю складною життєвою ситуацією.

Кризове втручання як модель практики соціальної роботи характеризується:

– розумінням клієнта як людини, котра через надзвичайну подію тимчасово не здатна до нормального функціонування в суспільстві, але завдяки цілеспрямованій соціальній і психологічній допомозі, належній консультативно-корегувальній роботі, психотерапії, може відновити свій життєвий потенціал:

– директивною позицією соціальних працівників, котрі в екстремальній ситуації беруть усю відповідальність на себе, змушують інших слухатись та підкорятись;

– терміновістю допомоги; оперативністю та доступністю безпосереднього надання послуг;

– наявністю плану дій з боку соціального працівника (але не з боку клієнта);

– орієнтацією на пом'якшення впливу стресової події на клієнта;

– мобілізацією всіх зусиль і можливостей клієнта для переборювання кризи, подолання проблеми.

Нині виділяють два підходи до втручання у кризу: перший – кризове консультування, другий – інтенсивний догляд (опіка).

**Кризове консультування** – консультування, спрямоване на полегшення вираження афекту, тобто сильної негативної емоції; налагодження спілкування; досягнення розуміння клієнтом його проблем і відчуттів; демонстрацію турботи та емпатії,

підвищення самооцінки; підтримку поведінки, спрямованої на подолання проблем.

Скажімо, усвідомлення факту зараження ВІЛ-інфекцією породжує багатоманітність індивідуально-психологічних та соціально-психологічних проблем, зумовлює виникнення депресивних реакцій і дезадаптивних форм поведінки, призводить до трансформації способу життя людини. Тому післятестове консультування при позитивному результаті тестування на ВІЛ є фактично кризовим консультуванням.

Ризик перших кроків кризового консультування є відчутним, адже працівник повинен допомогти клієнтові перейти до розуміння необхідності серйозної тривалої роботи, активності, зростання почуття відповідальності.

Кризове консультування можливе тільки за умови вивчення особливостей клієнта як особистості і, часто, його сім'ї. Соціальний працівник повинен зважати на історію життя сім'ї, сімейні міфи, цінності, правила, стійкі уявлення та відносини в сім'ї та з навколишнім світом. Знання історії сім'ї в кількох поколіннях допомагає зрозуміти як прийнято в сім'ї реагувати на несприятливі життєві обставини, стресові конфліктні та кризові ситуації – зниженням рівня активності, згуртуванням членів сім'ї чи відчуженням її членів.

Соціальному працівникові при роботі з людиною, що перебуває в стані кризи, доводиться використовувати різні техніки підтримки.

***Техніки підтримки***, що їх можна використовувати при кризовому консультуванні:

1) *надання інформації та інструкцій*. Наприклад, кризове консультування людини, що дізналася про свій ВІЛ-позитивний статус, є шляхом поширення інформації про сутність захворювання, його перебіг, способи передачі, права та обов'язки ВІЛ-позитивної людини, державні гарантії її соціального захисту, можливі сервісні послуги в інших організаціях та закладах;

2) *інструкція (порада)* – це пропозиція стосовно якоїсь дії. Працівник, що консультує людину (родину) в кризі, прямо й конкретно зазначає, що потрібно зробити досягнення певних цілей (оздоровлення клімату, зміна рівня життя, розв'язання конфлікту). За змістом інструкція (порада) може стосуватися конкретних дій, наприклад, стежити за чистотою, контролювати дитину тощо. Такі інструкції можуть бути: пропозиціями, що потрібно зробити, або пропозиціями, як щось робити по-іншому;

3) *використання малюнків, буклетів та інших засобів комунікації*. Інформація надається не тільки в усній формі, а й у друкованому вигляді. Це дає змогу перечитати інформацію пізніше, осмислити її;

4) *визначення можливої підтримки з боку інших людей*. Соціальний працівник має



відігравати роль тактичного менеджера підтримуючих мереж клієнта (родини, друзів, команди, оточення). Працюючи із людиною або сім'єю, що переживає кризу, доцільно розпочати зі з'ясування тих зв'язків, котрі сформувались усередині сім'ї та з оточенням, при взаємодії членів сім'ї один із одним. Детальне вивчення допомагає розробити перспективну програму роботи з клієнтом і змінювати її при потребі;

5) *методика вербалізації емоційних станів*. Соціальний працівник просить клієнта розповісти, познайомити з проблемами людини і її сім'ї, стосунками з соціальним оточенням, змалювати своєрідну картину теперішнього особистого і сімейного життя. Мета соціального працівника полягає у приверненні уваги до того, що багато людей мають схожі проблеми та змогли їх подолати, змінити життя. Таким чином, за допомогою соціального працівника клієнт розгортає власну діагностичну роботу.

5) *допомога клієнтові у визначенні можливих дій та стратегій поведінки*. Консультант має підтримувати самостійні рішення і поведінку клієнта, які забезпечують підвищення самоповаги та відповідальності. Так, консультант має допомогти ВІЛ-позитивному клієнту усвідомити відповідальність за новий образ життя, спричинений інфікуванням ВІЛ, шляхом надання психологічної та юридичної підтримки і допомоги в процесі прийняття рішень. Консультування допомагає клієнтові чіткіше визначити можливі проблеми, з якими йому доводиться чи доведеться стикатись, виробити конкретну модель поведінки, відновити контроль над власним життям та зберегти спокій;

б) *надання достатнього часу*. Якщо клієнт перебуває в стані шоку, то консультантові буває складно слухати його і демонструвати емпатію (співпереживання). У стані кризи для клієнта характерні такі відчуття, як шок, страх, заперечення, гнів. При кризовому втручанні саме такі почуття повинні бути в центрі уваги консультанта, а процес консультування – спрямовуватись на відновлення контролю клієнта над собою. Кризове консультування, зазвичай, передбачає більше, ніж одну зустріч;

7) *використання рефлексії як засобу відповіді*. Ця техніка передбачає використання консультантом "мінімальних реакцій", як-от: повторення ключових слів, сказаних клієнтом, перефразування (рефреймінг) сказаного клієнтом, що дає змогу клієнтові розвивати свою думку;

8) *визнання проблеми такою, що є складною і не має розв'язання*. Ця техніка застосовується у тих ситуаціях, коли криза постійно повторюється, і негативна ситуація залишається без змін. Ця техніка вимагає від консультанта інтуїції, сензитивності (чутливості) і знань. Оскільки вона не означає пасивного, байдужого сприйняття фактичної ситуації, а має підштовхнути клієнта до глибшого осмислення, висловлення

своїх думок і почуттів;

9) *досягнення домовленості (контракту) щодо порядку подальшої роботи.* По ходу діагностичної роботи учасники процесу кризового консультування визначають орієнтири подальшої спільної роботи, бажані та можливі зміни, розподіляють обов'язки (що вони збираються робити, яку функцію виконає клієнт, соціальний працівники, той чи інший член сім'ї – якщо вони є учасниками процесу кризового консультування), а також визначають межі необхідної та достатньої підтримки.

Іншим підходом до кризового втручання є **здійснення інтенсивного догляду (опіки)**, тобто застосування такої стратегії втручання, яка передбачає: перенесення відповідальності на професіоналів, котрі здійснюють догляд; організацію вирішення невідкладних завдань; вилучення клієнта з стресогенного оточення; зниження рівня збудження і стресу; встановлення відповідних стосунків; вираження турботи, теплового ставлення; пожвавлення надії. Прикладом такого догляду можуть слугувати соціальні служби для жінок, які зазнали насилля в родині.

До початку втручання соціальний працівник аналізує відповіді на такі запитання:

- 1) наскільки клієнт потерпає від несприятливих умов;
- 2) якими є воля і бажання клієнта, чого б він хотів, якби не боявся висловити свою думку;
- 3) наскільки реальною є небезпека у разі відсутності втручання;
- 4) чи є у клієнта можливості самопомоги;
- 5) якими будуть наслідки втручання;
- 6) якими є шанси розв'язання проблеми на перспективу;
- 7) як оцінює стан справ найближче оточення, громадськість.

Для успішного проведення кризового втручання соціальний працівник має керуватися такими принципами: співпраця з іншими спеціалістами і службами; активність дій, своєчасність і ефективність; концентрація на головному напрямі розв'язання проблеми.

Скажімо, втручання соціального працівника в сім'ю, що переживає кризу, полягає не тільки в моральній, психологічній допомозі, але й у застосуванні інших форм соціальної роботи. Загалом, у теорії такі види роботи з сім'єю поділяють на:

- 1) екстрені, спрямовані на виживання родини (термінова соціальна допомога, надання притулку, негайне видалення з родини дітей, що зазнають жорстокого ставлення, перебувають у небезпеці чи залишені без піклування батьків);
- 2) соціальну роботу, спрямовану на підтримку стабільності родини;

3) роботу, спрямовану на соціальний розвиток родини та її членів.

Спираючись на нові та традиційні методи й технології своєї спеціальності, соціальні працівники предметом своєї діяльності визначають не лише особу клієнта, але й травматизуючу соціальну ситуацію в цілому. Адже важливу роль у розвитку кризи відіграє збереження психотравмуючої події, відсутність впливу на неї. Основне завдання соціальних працівників полягає перш за все у відновленні зв'язків між людиною, що знаходиться в кризі, і соціальними системами. Щоразу необхідне ефективне виявлення і використання різнобічних ресурсів, як внутрішніх (клієнта), так зовнішніх (матеріальних і соціальних). Часто виникає потреба пояснити клієнту його стан, наявність захисних механізмів і необхідність їхнього включення. Це сприяє осмисленому ставленню до проблеми та прийняттю рішень, а не покладанню на думки та дії оточуючих. Завдання не в тому, щоб нав'язати своє бачення ситуації, а допомогти клієнту зрозуміти необхідність певних дій. Залучення зовнішніх ресурсів передбачає інформацію про наявні послуги, можливі пільги і матеріальні засоби, координацію дій залучених до допомоги спеціалістів, зв'язок із сім'єю тощо.

Застороги до застосування кризового втручання пов'язані з тим, що при роботі з кризою соціальні працівники повинні мати достатньо високий кваліфікаційний рівень і почуватися впевнено з тим, щоб потребі вступити в конфронтацію з іншими фахівцями, котрі можуть сприяти пригніченню клієнта. Отже, таку роботу не варто доручати недосвідченому працівникові, аби він самотужки розбирався в складній ситуації.

Цей підхід потребує особливої уваги до дотримання етичних норм і професійних цінностей соціальної роботи. Адже соціальні працівники часто використовують владу від імені клієнта, відстоюючи його права (наприклад, для захисту дітей від насилля родини), разом із тим, важливо, щоб не відбувалося перевищення владних повноважень працівниками, не відбувалося дискримінації клієнтів у соціальній службі або певної групи в громаді. Бо у зарубіжній практиці соціальної роботи відомі випадки, коли під час застосування кризового втручання відбувалося нав'язування поглядів білого чоловіка середнього класу й середнього віку представникам інших етичних, соціально-економічних, вікових та інших груп. Скажімо, соціальним працівникам буває важко представляти права дитини з позицій самої дитини й не перетворити розмову про права дорослих і ідеологічно сконструйовані дорослими потреби дітей. До того ж клієнт має визначати право соціальних працівників і соціальних служб на директивний стиль стосунків і директивні дії, але як переконатися в цьому, коли йдеться про кризові ситуації?

Не варто вдаватися до кризового втручання за відсутності відповідних ресурсів (кваліфікованого персоналу, належного приміщення для конфіденційного консультування, альтернативних служб догляду за дітьми, кризових центрів, де можна було розмістити потерпілих, тощо).

Кризове втручання неефективне в ситуації постійних криз, що послаблюють і підточують здоров'я, а також довготривалих психологічних проблем. Адже в таких випадках потрібна довготермінова допомога – надання відповідних послуг і робота з розвитку.

#### **2.4.2. Зосереджена на завданні модель**

У роботі з конкретними випадками поширений підхід, зосереджений на завданні (англ. task-centred approach, в українській літературі – його ще називають „підхід, орієнтований на вирішення задач”). Він сформувався у західній науково-практичній діяльності по наданню професійної допомоги вразливим групам на початку 1960-х років і відтоді не втратив своєї актуальності.

Цей підхід передбачає короткочасне цілеспрямоване втручання, яке надає клієнту можливість не лише вирішити проблему, а й отримати досвід вирішення проблеми за рахунок активного залучення до роботи. Він ґрунтується на досягненні домовленості між клієнтом і соціальним працівником, при цьому керівна роль в обговоренні і виконанні роботи належить клієнту. У його межах вирішення проблеми здійснюється через постановку послідовних завдань, виконання яких забезпечує досягнення бажаної мети (рис. 6).

Проблема → Завдання 1 → Завдання 2 → Завдання 3 → Мета
--

**Рис. 6. Схематичне зображення зосередженого на завданні підходу**

У літературі розглядаються дві моделі підходу, зосередженого на вирішенні завдань, перший з них передбачає виконання завдань між зустрічами клієнта з фахівцем (рис. 7), а другий – виконання завдань як між зустрічами, так і під час зустрічей (рис. 8).

1 консультація * Узгодження завдань
-------------------------------------

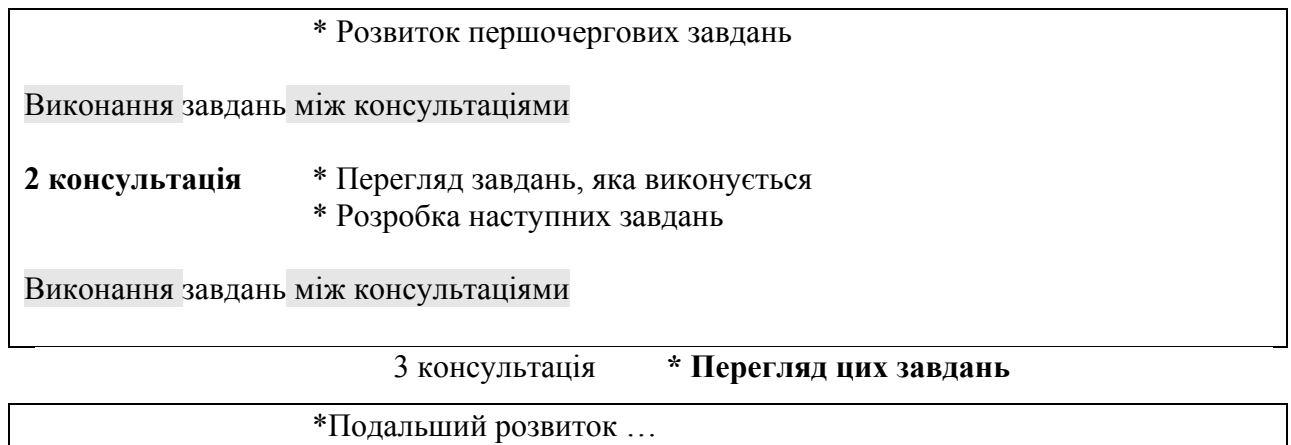


Рис. 7. Перша модель зосередженого на завданні підходу

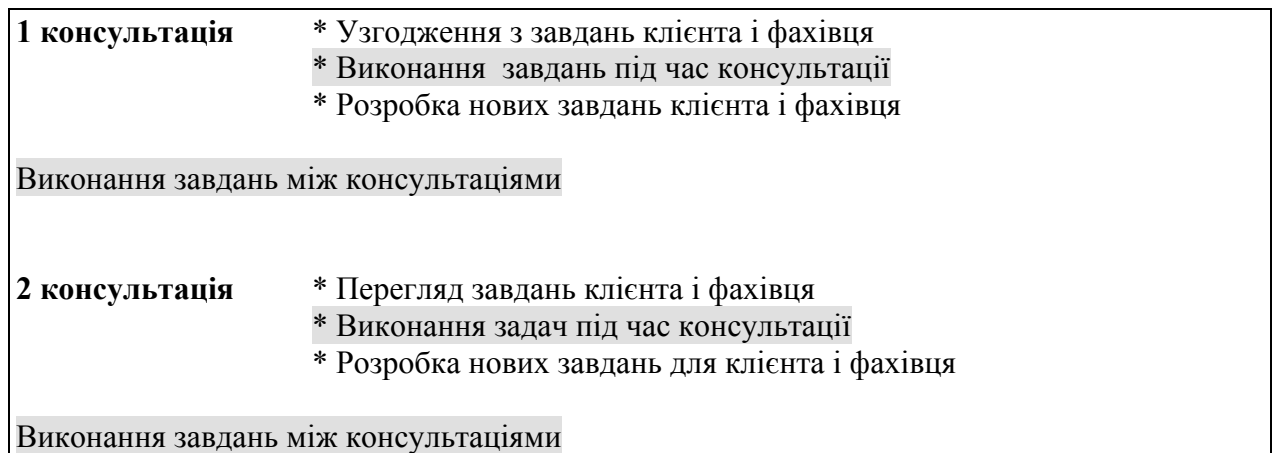


Рис. 8. Друга модель зосередженого на завданні підходу

Зазвичай проводиться 8-12 консультацій за умови, що весь процес має тривати не більше трьох місяців. Фахівці вважають, що під час консультації можна приділити увагу та достатній час наданню клієнту необхідної інформації, емоційної підтримки, виробленню бажаного уміння за допомогою тренування/репетиції, рольової гри, виконання практичного завдання. Роль соціального працівника полягає у мотивуванні клієнта до роботи, стимулюванні бажаної поведінки, допомозі з виконання завдань.

На відміну від кризового втручання, яке застосовують у випадку руйнації нормального функціонування людини, групи, спільноти, зосередженої на завданні робота фокусується на цілком визначених проблемах, а саме тих, що

- визнаються та приймаються клієнтом;
- можуть бути розв’язані завдяки діям, які мають місце поза контактом соціального працівника і клієнта;
- можуть бути точно визначені;
- походять від „незадоволених потреб”, які відчувають самі клієнти, а не визначені за

нього іншими;

– є тими, що клієнти хотіли б змінити в своєму житті.

Виділяють три основні стадії зосередженої на завданні моделі – вивчення проблем, узгодження мети та часових рамок, виконання завдань, кожна із яких складається із дрібніших. Між ними є періоди підготовки й оцінки кінцевих результатів.

**Перша стадія - вивчення проблеми** – має на меті допомогти клієнту і працівнику зрозуміти характер і масштаб того, що турбує клієнта. Вона складається із окремих видів діяльності – сканування проблем, розгляд подробиць проблем, встановлення пріоритетів проблем.

*Сканування проблем* допомагає зрозуміти загальну картину труднощів клієнта без уточнення деталей і якихось пропозицій щодо їх розв'язання. Тому до уваги беруть усю інформацію, навіть якщо вона видається такою, що не стосується соціальної роботи. Від спеціаліста вимагають уміння добувати інформацію, допомагаючи клієнту вільно висловлювати свої проблеми. Труднощі цього етапу можуть бути пов'язані з тим, що клієнт може бути прикро враженим, надто засмученим, неспроможним викладати свої проблеми, тому може виникнути необхідність у повторних контактах; клієнт докладно розповідає тільки про одну з них і працівник ненав'язливо пропонує перейти до ін. або повертається до цієї стадії сканування пізніше; відчуваючи проблему, про яку клієнт не згадує, спеціаліст відверто висловлює свою точку зору, але не наполягає на ній, якщо не має ризику для ін. осіб; клієнт пов'язує свої труднощі із самим спеціалістом або установою, куди звернувся, що необхідно визнати та обговорити.

Подробиці досліджують за допомогою відкритих запитань, визначаючи чимало проблем. У ході докладного обговорення проблеми можуть трансформуватися – зменшитися або розпастися на кілька інших, клієнт може також висловлювати нові, з якими необхідно додатково розбиратися. Оскільки може накопичитися багато інформації, необхідно робити записи. Успіх роботи на цьому етапі залежить від здатності утримувати певний фокус.

Після докладного розгляду проблем необхідно їх ранжувати (тобто визначити пріоритетність) і вибрати не більше трьох для конкретної роботи. Процедура вибору пріоритетних проблем передбачає врахування таких чинників, як невідкладність проблеми, наслідки її загострення, шанси на пом'якшення, здатність спеціаліста та установи надати допомогу, мотивація клієнта для роботи над проблемою, можливості неформальної підтримки, конкретність проблеми. У більшості ситуацій, коли погляди спеціаліста і клієнта щодо пріоритетності проблеми не співпадають, варто зважати на

бажання клієнта. Можливе також поєднання роботи над пріоритетними проблемами обох сторін.

*Друга стадія – узгодження мети та часових рамок* – дає змогу визначити, чого прагне досягти клієнт і який термін необхідний для цього. Важливими чинниками виступають: бажаність мети, яка підвищує мотивацію клієнта; її практичність; відсутність якоїсь загрози або шкоди для інших. Узгодження часових рамок передбачає уточнення регулярності контактів. Загальна тривалість залежить від ступеня контролю клієнта над проблемою або ж від зовнішніх факторів та конкретності мети.

На основі перших двох стадій роботи клієнт і соціальний працівник укладають письмову угоду з зазначенням обраної для розв'язання проблеми, узгодженої мети і часових рамок. Труднощами цього етапу може бути необхідність залучення інших людей для досягнення мети клієнта. Або ж ситуація, коли бажана для клієнта мета видається соціальному працівнику практично недосяжною. В останньому випадку роль соціального працівника полягає у відвертій розмові і підтримці клієнта, якщо він сповнений рішучості діяти, адже вірогідність позитивного результату неможливо передбачити однозначно. За відсутності успіху соціальний працівник допомагає клієнту використати набутий досвід розв'язання проблеми.

*Третя стадія – виконання завдання* – це сукупність окремих кроків як елементів спільної роботи клієнта і соціального працівника по досягненню мети. Завданнями можуть бути будь-які необхідні для розв'язання проблеми види діяльності, в т.ч. зміна мислення. Соціальний працівник урізноманітнює завдання з метою впливу на сильні сторони клієнта та його інтереси, враховуючи відповідність завдань можливостям клієнта їх виконувати. При кожній зустрічі обговорюється стан виконання попередніх завдань і визначаються нові. Для соціального працівника обов'язковим є позитивне підкріплення, заохочення за умов успішного виконання певного завдання, тоді як невдачі ретельно аналізуються, розглядаються перепони.

Роботу вважають завершеною, коли клієнт досягнув узгодженої мети. Це час оцінок спільної роботи. Щоб підтримати процес наділення клієнта повноваженнями, важливо підкреслити їхню роль у досягненні мети, необхідно відстежувати разом із з клієнтом всі стадії роботи.

Цю модель застосовують для роботи як на індивідуальному, так і груповому рівні, для ефективного розв'язання як емоційних, так і матеріальних проблем (міжособистісних конфліктів, незадоволеності соціальними відносинами, проблем із формальними організаціями, труднощів у виконанні ролей, реактивних емоційних стресів, неадекватних

ресурсів, психологічних та поведінкових труднощів). Цей підхід наділяє повноваженнями не тільки клієнтів, але й практичних соціальних працівників, оскільки дає схему дій та відповідальності, а також можливість отримувати систематичний зворотній зв'язок.

Підхід має обмеження до використання, якщо передбачається тривалий у часі процес роботи; клієнт не виявляє мотивації до співпраці з фахівцями (наприклад, набув статусу "клієнт" за рішенням суду, з примусу близьких); не вважає мету бажаною або прийнятною; має вагомі обмеження до особистої активної участі у роботі через тяжкий фізичний чи психічний стан (перебуває у стані гострої кризи), перебування у спеціалізованому закладі довготривалого перебування (закладі інтернатного типу, лікувально-реабілітаційному закладі, місцях позбавлення волі).

Для того, щоб цей підхід виявився ефективним потрібно, щоб соціальна служба забезпечувала підтримку короткостроковому інтенсивному втручанню, що передбачає регулярні зустрічі соціального працівника і клієнта, відведення достатнього часу для індивідуальної роботи сам-на-сам.

Зосереджена на завданні модель набуває дедалі більшої популярності у фаховій соціальній роботі, оскільки вона дає соціальним працівникам прагматичну й прозору схему стосунків із клієнтом, а самим клієнтам – відчуття партнерства та самоповаги.

### ***2.4.3. Сімейна терапія***

Сімейна терапія виникла відносно недавно – на початку 1950-х. Її відрізняє надзвичайно гнучкий терапевтичний підхід, який застосовують для вирішення різноманітних проблем дорослих та дітей. Основна мета цієї терапії полягає в тому, щоб допомогти сім'ї вирішити проблеми і сприяти здоровому розвитку родини через зміну в стосунках між людиною, що має проблему, та значимими для неї особами із найближчого сімейного та соціального оточення.

Сімейний підхід до вирішення проблем постав із розуміння того, що природа людських проблем є радше міжособистісною, аніж особистісною, тому втручання повинно стосуватися стосунків між людьми. Цей погляд йшов врозріз з традиційним поглядом на людські проблеми, згідно якого поведінкові проблеми є проявом по суті особистих порушень і, в наслідок цього, потребують терапії, сфокусованої на індивіді. Психодинамічні втручання лежали в основі терапевтичних втручань у психіатричних лікарнях. І саме в цьому оточенні виникла сімейна терапія. Частково через очевидні обмеження використання індивідуального підходу у чистому вигляді, оскільки терапевтам не вдавалося вирішити сімейні проблеми та проблеми у стосунках між батьками та дітьми,



помічали, що успішна індивідуальна терапія не мала тривалого успіху і закінчувалася рецидивом, як тільки пацієнт повертався у середовище власної родини. В інших випадках індивідуальна терапія мала успіх, але проблеми виникали в іншого члена родини. Такі випадки позбавляли терапевтів ілюзій щодо ефективності застосування суто індивідуального підходу до психотерапії.

Сімейна терапія - це широкий психотерапевтичний рух, що об'єднує чимало шкіл та традицій. Спочатку ця терапія сформувалася як досить самостійний підхід, окремий від соціальної роботи, психіатрії та клінічної психології. Проте зараз вона використовується представниками цих дисциплін на протигагу психоаналізу, а також гуманістичній, орієнтованій на клієнті терапії, та біхевіористській терапії.

Значний внесок у розвиток сімейної терапії зробив британський антрополог Г. Бейтсон, котрий разом зі своїми учнями та послідовниками розробив шерек концепцій, зокрема:

1) **теорію подвійного зв'язку** (double bind), яка пояснює ситуацію, коли батьки дають дитині кілька приписів, які суперечать один одному;

2) **комунікації як процесу, що відбувається на кількох рівнях** (вербальна й невербальна комунікація, ієрархічні рівні співрозмовників);

3) **доцільності застосування теорії систем і кібернетики**, що дало змогу на концептуальному рівні побачити організацію сім'ї та ті системні процесів, що в ній відбуваються.

У соціальній роботі використання сімейної терапії пов'язують з ім'ям американки В. Сатір, чия перша книга "Спільна сімейна терапія" побачила світ 1964 року. Її поява мала великий успіх і вплив на всю сферу психотерапії; в ній було представлено альтернативні методи роботи з індивідами та сім'ями. Сатір, котра сама була соціальною працівницею, виступала прихильницею застосування спонтанного й парадоксального спілкування при роботі з сім'ями. Вона схилилася до використання теорії комунікації та загальної теорії систем.

У сучасній сімейній терапії сформувалось кілька напрямів:

- 1) структура сімейна терапія,
- 2) стратегічний напрям;
- 3) когнітивно-біхевіористський напрям;
- 4) екзистенційний напрям.

**Структурну сімейну терапію** розроблено в Нью Йорку у школі для хлопчиків-правопорушників наприкінці 1950-х і в 1960-ті роки С. Мінухіним та його колегами.

Мінухін вдався до нового підходу, зосередженого на сім'ї, через те, що вихованці школи не реагували на вербальну, пасивну психоаналітичну індивідуальну терапію.

Центральною ідеєю структурної терапії є те, що проблематична сімейна організаційна структура не дає змоги сім'ї долати стреси як в межах так і за межами сім'ї, адаптуватися до змін. Представники цього підходу, пропонують працювати над реструктуризацією сім'ї, що має такі етапи: приєднання, планування, здійснення зміни через виклик, кинутий симптому, структурі сім'ї, світосприйняттю та сімейній реальності, перевизначення ситуації, зміну меж, порушення рівноваги. Сім'я після цього починає використовувати приховані ресурси і модифікує структуру. Такий підхід найчастіше застосовують до сімей з багатьма проблемами, що мають підлітків-правопорушників та до сімей, чії діти мають психосоматичні скарги.

**Стратегічний напрям у сімейній терапії** використовують здебільшого, коли йдеться про поведінкові проблеми дітей, проблеми підлітків, що тікають з дому, сексуальне насильство та подружні проблеми. Представники цього підходу, працюючи з проблемними сім'ями, роблять наголос на зміні батьківської ролі у патологічних трикутниках (батько-мати-дитина), здійснюють імпауермент (наснаження) батьків у проблемних ситуаціях, пов'язаних з тим, що діти старшого підліткового віку йшли з дому, допомагають сім'ї встановити нові ритуали для протидії жорстокості і насильству, застосовують парадоксальні інтервенції (втручання, що кидає виклик стереотипній взаємодії членів сім'ї), ви тлумачують ситуацію в сім'ї відповідно до певних симптомів.

**Когнітивно-біхевіористський підхід у сімейній терапії** виходить із того, що погано функціонуючі стосунки між батьками та дітьми характеризуються примусовими циклами взаємодії, нечіткими правилами, слабким підкріпленням соціально коректної поведінки, а також негативними уявленнями щодо одне одного. Подружні стосунки характеризуються слабким взаємним підкріпленням, примусовими циклами взаємодії, поганим емоційним визнанням розбіжностей, поганими навичками пари вирішувати проблеми, спілкуватися та негативними уявленнями щодо одне одного.

Когнітивно-біхевіористські втручання у випадках з дітьми передбачають використання *системи винагород* для підкріплення позитивної поведінки, навчання батьків іншим методам допомоги власним дітям у зміні поведінки. Стосовно підлітків і при терапії подружніх пар для цих самих цілей застосовують *умовні угоди*. Ними передбачені наслідки від певної поведінки. Наприклад, „якщо ти готуєш вечерю, я помию тарілки“).

У межах цього підходу широко використовують тренінги з розвитку комунікативних

навичок та навичок подолання проблем серед підлітків та дорослих. З метою посилення інтеграції подружньої пари використовують терапевтичні втручання, спрямовані на побудову прихильного ставлення до розбіжностей, адаптації до незмінних аспектів у стосунках, побудова толерантності.

*Екзистенційний підхід у сімейній терапії* ґрунтується на сприйнятті сім'ї як системи, в якій всі члени мають однакове значення, і тому, щоб змінити ціле, треба змінити всі компоненти. Тому потрібно впливати на кожного члена сім'ї, аби всі усвідомили неправомірність певного способу існування сім'ї.

На практиці цей підхід реалізується в тому, що клієнти описують події, що відбуваються у сім'ї, надаючи цим подіям певне значення. А консультант, намагаючись змінити ситуацію, оспорує зміст, який особи вкладають у події. По суті, шляхом заперечення значення тих чи тих подій у виловлюваннях члена сім'ї він заперечує форму. Фахівець вірить, що у сумнівах щодо правомірності способу спільного існування почне народжуватися кращий устрій сім'ї.

За допомогою діалогу консультант намагається зламати устої, стереотипну поведінку родини. Почувши фразу від одного члена сім'ї, фахівець ставить питання іншому члену сім'ї на іншу тему, маючи на меті переключення уваги. Такі теми, як убивство, страхи, спокуса, кровозміщення, обговорюються у суміші з банальними фразами. Консультант використовує історії з життя інших людей, фантастичні історії, приклади, він жартує, натякає, вмовляє, обурюється, нудиться, аби тільки порушити старі зв'язки у системі і об'єднати членів родини, як скульптор вирізьблює фігуру відточеним ножом. Згідно з цією екзистенціальною формулою консультант не повинен керувати створенням нових структур і не несе відповідальності, якщо вони не створюються.

У цілому сімейна терапія виходить із того, що насамперед потрібно змінювати дисфункціональний гомеостаз сім'ї, для чого необхідно ретельно вивчати стереотипи поведінки та переконання, а не почуття та емоції. Відповідно у втручанні наголос роблять на створенні можливості для формування нових стереотипів. Фахівець допомагає клієнтам змінити своє сприйняття проблеми і характер реакції на неї. Виклик, який кидає соціальний працівник родині, може бути прямим і непрямим, відкритим і прихованим, простим і парадоксальним. Головна мета — змінити чи переформулювати уяву сім'ї про проблему і підштовхнути її членів до пошуків альтернативної поведінки та альтернативних реакцій.

Першим кроком сімейної терапії є *приєднання консультанта до системи (сім'ї, групи, організації тощо)*. Це досягається через спілкування, встановлення діалогу. Не звертаючи

уваги на негативні сторони членів сім'ї чи їхнього функціонування, на цьому етапі консультант лише підтримує все позитивне в людях, стає для членів родини джерелом самоповаги. Це необхідно робити, аби запобігти можливим збуренням у сім'ї.

Соціальний працівник (консультант) повинен уявляти себе частиною сімейної системи, намагатися реагувати на обставини так, наче він став членом родини, прийняв її норми і правила. Також фахівець повинен використовувати професійну та емоційну силу свого „Я”, вдається до парадоксальних тверджень.

Приєднуючись до сім'ї, консультант стає учасником системи і головним агентом змін. Він визначає спочатку діагноз сім'ї, складає схему стосунків у сім'ї. Фахівець приєднується до сім'ї, але одночасно він стежить з боку за тим, що відбувається всередині. Він обирає собі місце у різних підсистемах цієї системи, сперечаючись та піддаючи сумніву розмежування ролей та функцій, встановлене самими членами родини. У такій стратегії використовують прийоми розмежування, порушення рівноваги і навчання взаємодоповненості.

Соціальним працівникам корисно знати, що у літературі виділяють такі *критерії оцінювання сімейної ситуації*.

1. *Критерій впевненості чи невпевненості* характеризує здатність членів сім'ї реалістично сприймати дійсність, приймати життя у всіх проявах, не виключаючи труднощі та страждання, любити життя і відчувати себе частиною ширшої системи (сім'ї, соціальної групи, держави, життя у цілому).

2. *Образ сімейного “МИ” і “Я” кожного з членів сім'ї* - це уявлення про себе та власні можливості впливати на життя, ставлення до себе. Продуктивній адаптації до життя відповідає уявлення про себе як про впевнену людину, сильну, що здатна змінювати свою життєву ситуацію, стати автором свого життя, її головною діючою особою, нести відповідальність за себе та своїх близьких. Непродуктивна адаптація до життя пов'язана з уявленням про себе як про маленьку слабку істоту, не здатну змінити власну життєву ситуацію, людину, яку супроводжує почуття невпевненості у своїх силах та здібностях, безсилля та безпорадність (позиція жертви). Можливий також інший варіант: людина видається закутою в броню, але при цьому вона відчужена від інших, не здатна на теплі та відверті стосунки, самосприйняття, й разом із тим відчувати спрагу за любов'ю.

3. *Уявлення про те, що можна та чого не можна очікувати від людей у важкій ситуації, та ставлення до інших*. Продуктивній адаптації відповідає уявлення про позитивну природу людини, ставлення до інших людей як до рівних собі, здатність звертатись до них з проханням про допомогу у важкій ситуації. Непродуктивній адаптації

відповідає уявлення про інших людей як про небезпечних, ворожих, відкидання можливості звертатися до них за допомогою (“ніхто не допоможе”, “нікому не можна вірити”) чи уявлення про інших людей як більш сильних, бажання сховатися за чужу спину, нездатність спиратися на себе.

4. *Характер активності у складній ситуації та її спрямування.* При продуктивній адаптації активність спрямована на розв’язання суперечностей, характер активності відповідає особливостям ситуації. При непродуктивній адаптації активність має захисний характер та виявляється відчуженням від людей і агресивною активністю у здоланні перешкод будь-якою ціною, а також відчуженням від себе і власних ресурсів, пошук того, хто вирішить ситуацію, чи пасивне відсторонення. Непродуктивна адаптація – це стереотипне та негнучке реагування.

Для того, щоб переконати сім’ю в тому, що уявлення про реальність можна розширити чи модифікувати, використовують, зокрема, такі техніки, як:

1) *інсценування* (консультант просить членів родини відтворити для нього певні схеми взаємодії, при цьому він вживається в сімейну реальність і одночасно реорганізує дані, змінюючи їхнє значення, вводить нові елементи і пропонує альтернативні способи дій, що належать до терапевтичної системи);

2) *фокусування* (відібравши елементи, що мають терапевтичне значення, соціальний працівник організує взаємодію членів сім’ї навколо певної теми, яка надає цим елементам нового значення)

3) *посилення напруги* (орієнтація на зіткнення, що посилює терапевтичний вплив).

Ці техніки створюють нову терапевтичну реальність, яка кидає виклик реальності сім’ї, симптому і становищу його носія у сім’ї.

Консультанти з сімейної терапії можуть працювати як з визначеною групою клієнтів (підлітковий вік, люди похилого віку, прийомні батьки тощо), певними випадками (виявлення факту сексуального або фізичного насилля, захворювання на СНІД, невідвідування школи), так і з широкою проблематикою, коли в родині „не склалися стосунки”. Зазвичай, сімейна терапія є груповою, але може бути й індивідуальною.

Прикладом застосування сімейної терапії в Україні може слугувати досвід деяких наркологічних диспансерів, в яких спеціально підготовлені сімейні терапевти допомагають родинам, де є проблеми з вживання психоактивних речовин, розпізнати слабкі місця в ланцюгу взаємодії між членами сім’ї, налагодити сімейні стосунки й завдяки цьому викликати „добровільну” відмову від вживання наркотичних речовин.

Обмеження застосування цієї моделі пов’язанні з тим, що підготовка фахівців із

сімейної терапії — складний та тривалий процес. Він складається із засвоєння теоретичної бази і практики під наглядом супервізора.

Застосування цієї моделі спричинює певні моральні проблеми, адже „кидання виклику” устоям і щоденній практиці сім’ї інколи вступає в суперечність із гуманістичними та комунікаційними теоріями, котрі закликають поважати переконання та цінності клієнта.

Разом із тим сімейна терапія набуває дедалі більшого. Наразі соціальні проблеми – чи то старість, чи народження дитини з функціональними проблемами, чи бідність – це завжди проблеми сімейні, тому вивчення сімейної терапії є обов’язковим для соціальних працівників у багатьох країнах.

#### ***2.4.4. Психосоціальна терапія***

Становлення психосоціальної моделі соціальної роботи відбулося у 1960-ті роки. Її розвиток пов’язують з ім’ям американки Ф. Холліс. Ця модель ґрунтується переважно на використанні елементів психодинамічних і функціональних підходів, бере до уваги інші сучасні теорії та моделі, як-от: гуманістичну теорію, теорію ролей, сімейну терапію тощо.

**Психосоціальна терапія** – комплексна модель соціальної роботи, яка передбачає тривалий супровід клієнта соціальним працівником і приділяє особливу увагу взаємостосункам клієнта з іншими людьми.

Цю модель ще інколи називають роботою з випадком. „Випадком” може бути індивід або група людей, пов’язаних родинними зв’язками. Проте в кожному разі робота є індивідуально спрямованою. Наприклад, у родині, де стався випадок насилля, робота може проводитися окремо з дитиною, матір’ю та батьком. Однак для соціальних працівників важливо спиратися на ключове уявлення психосоціальної терапії – „особа в ситуації”, бо, власне, робота з конкретними випадками займається поліпшенням взаємовідносин між людьми в межах ситуацій їхнього життя.

Ця модель ґрунтується на прагненні фахівця вичленити проблеми клієнта із середовища, усвідомити зв’язки між соціальними та психологічними проблемами, підсилити сильні сторони „Я” клієнта та механізми, за допомогою яких він може подолати проблеми самостійно за достатньої підтримки соціального працівника.

З’ясувавши причину, сутність і взаємозв’язки проблеми клієнта, соціальні працівники переходять до роботи з конкретним випадком, який охоплює такі ключові процеси:

- 1) психологічну допомогу (сприяння в психосоціальній стабілізації, посилення

здатності клієнта адекватно бачити об'єктивну реальність, розвиток проникливості, щоб дозволити клієнтам розуміти вплив минулих і наступних емоцій тощо);

2) модифікацію середовища (робота з оточенням клієнта).

При цьому у межах психосоціального підходу більшу увагу приділяють структурі особистості, аніж використанню організаційних заходів (сприяння в отриманні матеріальної допомоги, доступ до освіти тощо).

Вплив у рамках цієї моделі є систематизованим і структурованим. Між клієнтами й соціальними працівниками налагоджуються тривалі стосунки, котрі можуть інколи тривати роками. Психосоціальна терапія спрямована на зміну особистості клієнта, стосунків та/або соціальної ситуації. На відміну від психотерапії, здійснюваної психологами й спрямованої на виявлення глибоко прихованих почуттів, соціальна робота має справу з балансом сил і модифікує їх, працюючи над поведінкою або спогадами.

Наріжним поняттям психосоціальної роботи є повага до особистості клієнта. Від соціального працівника очікується контрольоване емоційне залучення, цілеспрямоване висловлення почуттів та неупереджене ставлення.

Модель визнає право клієнта на самовизначення. При цьому важливою є вмотивованість клієнта до змін і його згода. Наприклад, у Швеції, людині, затриманій поліцією в нетверезому стані, згідно з чинним законодавством запропонують пройти бесіду в соціальній службі задля з'ясування, чи не є вона залежною від психоактивних речовин. Визначається соціальний та психічний стан людини, її інформують щодо наявних ресурсів допомоги, правил стосовно посвідчення водія тощо. Людина може погодитися на продовження контактів і проходження психосоціальної терапії для досягнення певних особистих змін, а може відмовитися від цього. Отже, створення мотивації вважають найбільшою та найскладнішою частиною як на початковій стадії психосоціальної терапії, так і в процесі самого втручання.

Психосоціальна модель використовує передовсім такий метод роботи, як *бесіди*, спрямовані на проробки певних „межових” проблем, актуальних для клієнта. На відміну від класичного психодинамічного підходу не відбувається занурення в минуле клієнта.

У деяких випадках потрібна *безпосередня робота з соціальним оточенням клієнта* або створення груп спілкування для самотніх батьків, а не постійна індивідуальна робота з ними.

Інколи психосоціальна робота спрямована на те, щоб ліквідувати виявлену в ході терапії нестачу знань у клієнта, і для цього соціальному працівнику доводиться створювати клієнтові можливості відвідувати школу, курси або гуртки. Потреба в знання

може виявлятися й у життєвих сферах, скажімо, стосовно виховання дітей, налагодження стосунків тощо. Отже, модель передбачає доповнення бесід певною діяльністю, а в деяких випадках і наданням інших соціальних послуг. Хоча ключовою для все ж таки залишається „пояснювальна рефлексія”, а не дія. За кордоном психосоціальну терапію інколи здійснюють у виправних закладах, службах пробації та інших корекційних установах, де вона становить частину плану роботи з людиною, котра скоїла правопорушення.

В Україні ця модель не набула поширення. Адже здійснюваний багатьма соціальними службами супровід клієнтів більше орієнтований на соціальне обслуговування, а не на модифікацію індивідуального сприйняття. Проте елементи психосоціальної терапії застосовують працівники новостворених реабілітаційних центрів для людей із різними типами залежностей.

Психосоціальна терапія виявила свою ефективність при роботі з такими клієнтами, котрі недостатньо контролюють свою поведінку, вихлюпують назовні власну напругу й агресивність, заважають оточуючим. Їхні проблеми, зазвичай, добре помітні для інших, а недоліки в розвитку морально-етичної свідомості часто призводять до зіткнення з нормами та законами суспільства. Звичним для них є й досвід зловживання алкогольними та наркотичними речовинами, що здебільшого вкорінений у родинних традиціях.

За кордоном ця модель соціальної роботи дещо втратила популярність у 1980-х роках, коли популярними стали мультидисциплінарний підхід, який передбачає залучення до надання допомоги групи фахівців, а також різні види короткострокового втручання (зосереджену на завданні модель та кризове втручання). Однак ці тенденції не здатні применшити значущості психосоціальної терапії, яка ґрунтується на індивідуалізованому й емпатичному підході до роботи з клієнтом.

#### ***2.4.5. Соціально-педагогічна модель соціальної роботи***

Деякі українські та російські науковці серед теоретичних моделей соціальної роботи виділяють і таку як соціально-педагогічна.

Загалом, *соціальна педагогіка* – розділ педагогіки, що вивчає особливості організації соціального виховання, виховні можливості соціального середовища та оптимальні умови соціалізації особистості. Соціальна педагогіка є наукою та практикою створення системи заходів щодо організації виховання особистості з врахуванням конкретних соціальних умов середовища, їх впливу на педагогічний процес. Виникла наприкінці XIX - початку XX століття.



Нині в Україні спостерігається активний розвиток цієї моделі. І соціально-педагогічний ухил фахівців із соціальної роботи пояснюється, зокрема, стрімким розвитком державних центрів соціальних служб для молоді та інституціалізацією соціальної педагогіки яка академічної дисципліни, педагогічними традиціями країни, які багато уваги приділяли колективному вихованню.

**Соціальна педагогічна модель** - модель практики, яка фокусується на ідеї допомоги шляхом виховного впливу на процес соціалізації індивіда або соціальної групи, який здійснюється через систему інститутів – сім'ю, школу, позашкільні заклади, що мають коригувати формування соціальних якостей особистості відповідно до суспільно значущих цінностей, обмежувати або активізувати вплив тих чи інших факторів.

Комплексність соціально-педагогічної моделі практики зумовлена тим, що соціальна робота має ще недостатньо розроблений тезаурус, більшість понять якого запозичена з соціології, педагогіки, психології.

Базовою категорією соціально-педагогічної моделі є соціалізація, яка відбувається у взаємодії дітей та молоді з величезною кількістю різних умов, що більш чи менш активно впливають на їх розвиток.

**Соціалізація** – процес перетворення людської істоти на суспільного індивіда, утвердження її як особистості, включення у суспільне життя як активної і дієвої сили; двобічний процес засвоєння індивідом соціального досвіду (цінностей, норм, зразків поведінки, соціальних ролей) того суспільства, до якого він належить, і активного відтворення і збагачення системи соціальних зв'язків і відносин, в яких він розвивається.

У соціальній психології механізмами соціалізації вважають:

*імпринтинг* – фіксування людиною на рецепторному та підсвідомому рівні особливостей об'єктів, що впливають на неї;

*наслідування* – копіювання певних зразків діяльності у поведінці;

*ідентифікація* – ототожнення людиною себе з іншою людиною, групою, спільнотою;

*рефлексія* – оцінка особистістю різних проявів свого „Я”;

*інтеріоризація* – перенесення суспільних уявлень у свідомість окремої людини;

*екстеріоризація* – процес переходу від внутрішньої, психічної діяльності

Американський соціолог Н. Смелзер наводить дещо інший перелік механізмів соціалізації дитини, виділяючи: імітацію (усвідомлене прагнення дитини копіювати поведінку батьків і вчителів, які слугують для нього взірцями); ідентифікацію (процес засвоєння дитиною життєвої позиції батьків та інших дорослих); сором (асоціюється з

відчуттям, що людину викрили та присоромили) та провину (внутрішня негативна оцінка власної поведінки). Імітацію та ідентифікація Смельзер розглядає як позитивні механізми, які сприяють формуванню певної поведінки, а сором і провину – як негативні механізми, що пригнічують або забороняють певну поведінку.

На відміну від американської, французька соціологія розглядає соціалізацію як сукупність взаєморозуміння, взаємовідносин із суспільством, в які індивід вступає в процесі формування себе як особистості.

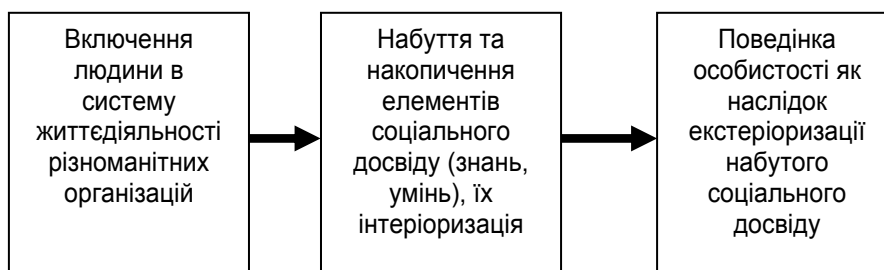
Розрізняють кілька видів соціалізації:

1) стихійну, яка відбувається внаслідок впливу на особистість об'єктивних обставин життя суспільства (соціально-економічного та соціокультурного контексту);

2) відносно соціально керовану, яка здійснюється через створення суспільством умов для розвитку потенційних можливостей особистості і різних державних і громадських організацій.

До числа основних понять соціально-педагогічної моделі можна також віднести і „соціальне виховання”, яке розуміється як створення умов та заходів, спрямованих на оволодіння і засвоєння підростаючим поколінням загальнолюдських і спеціальних знань, соціального досвіду з метою формування в нього соціально-позитивних ціннісних орієнтацій.

Соціальне виховання здійснюється у процесі взаємодії особистості в різних автономних сферах життєдіяльності: освіта, організація соціального досвіду людини, індивідуальна допомога їй. Воно забезпечується суспільством та державою тих організаціях, що є спеціально створеними для виконання цієї функції (школа, мережа позашкільних закладів, дитячі та молодіжні організації), а також у тих, де виховання не є провідною функцією (армія, виробництво, громадські об'єднання). Цей процес соціального виховання має кілька стадій (див. рис.9).



**Рис. 9. Процес соціального виховання**

В Україні соціально-педагогічна модель стійко корелюється з соціальною роботою з дітьми та молоддю. Значне місце в ній відведено формуванню та розвитку творчої особистості, запобіганню негативних явищ у молодіжному середовищі. Наприклад, 2004

року до Міжнародного дня боротьби зі СНІДом, який відзначається 1 грудня, у Кременчуці проведено чемпіонат з комп'ютерної гри Counter-Strike "Кіберспорт проти СНІДу". Організаторами проекту стали Кременчуцька міська громадська організація "Порятуюнок", Молодіжний центр "Адоніс" за підтримки відділу освіти, сім'ї та молоді міськвиконкому та спонсорів. Мета заходу, що спирався на соціально-педагогічну модель, полягала в залученні до молоді міста профілактики ВІЛ/СНІДу з використанням нетрадиційного інноваційного підходу – шляхом проведення комп'ютерних змагань на фоні інформаційної кампанії та поширення профілактичних матеріалів. Завдання чемпіонат - створити систему мотивації молоді задля зміни їхньої поведінки з ризикованої на безпечну. Під час реалізації інформаційної частини чемпіонату серед молоді поширювались презервативи, буклети з інформацією про шляхи зараження та методи профілактики ВІЛ/СНІДу, а також рекламні матеріали з інформацією про учасників, організаторів та спонсорів проекту.

До створення умов для засвоєння спеціальних знань можна віднести й масову акцію „Модно бути здоровим!“, яку у вересні 2004 року провів „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні“ спільно із „Всеукраїнською мережею людей, які живуть із ВІЛ/СНІД“. Завдання цієї акції - започаткування моди на здоровий і безпечний спосіб життя серед молоді України; популяризація знань про ВІЛ/СНІД та заохочення молоді до свідомого вибору поведінки у відповідь на загрози епідемії ВІЛ/СНІД; об'єднання зусиль вітчизняних і міжнародних організацій, ВІЛ-активістів з метою пошуку й організації ефективних методів для запобігання поширенню епідемії ВІЛ/СНІД в Україні. Форми діяльності цілком відповідали соціально-педагогічній моделі: проведення кампанії в засобах масової інформації (розміщення роликів на телебаченні, радіо, розповсюдження буклетів з інформацією про концерт); сніданок із пресою з участю журналістів провідних ЗМІ, артистів та олімпійців; прес-конференція з участю організаторів, „зірок“ естради та журналістів провідних ЗМІ; гала-концерт „Модно бути здоровим!“ на Європейській площі з участю відомих діячів культури та спорту, організаторів акції, висвітлення цієї події провідними ЗМІ. Концерт транслювали телебачення та радіо, заходи супроводжували інформативні повідомлення профілактичного характеру; роздавання презервативів, розповсюдження інформаційних матеріалів про ВІЛ/СНІД профілактичного спрямування, орієнтованих на молодіжну аудиторію.

В інших країнах, де поширена така модель (Німеччина, Франція), соціальні педагоги можуть працювати з різними віковими групами, виконуючи ролі вихователя, аніматора, керівника випадку, вуличного працівника, тренера тощо. Адже сучасна

соціальна робота спирається на **адаптивно розвиваючу концепція соціалізації**, яка розглядає соціалізацію як процес адаптації, що триває впродовж усього життя людини. Усяка адаптація як особлива діяльність людини, що пов'язана із засвоєнням нової соціальної ситуації (суб'єктивно нової для конкретного індивіда), додає їй соціального досвіду (що об'єктивно існує як елемент культури цього суспільства) і тим самим підвищує рівень її соціалізації. Подальша адаптація індивіда, спираючись на новий, вищий рівень його соціалізації, відбувається ефективніше, дає йому змогу швидше піднятися на чергову сходинку соціалізації.

Така адаптивно розвиваюча концепція соціалізації створює передумови для переосмислення завдань соціальної роботи, які з погляду цієї моделі вбачаються у тому, щоб:

- 1) разом із іншими інститутами соціалізації сприяти створенню в суспільстві умов для успішного здійснення соціалізації;
- 2) допомагати у виробленні та тренуванні індивідуального адаптивного механізму особистості;
- 3) бути частиною механізму управління соціалізацією, яка відбувається під певним соціальним контролем.

Згідно з адаптивно-соціалізаційною теорією соціальна робота допомагає клієнту реалізувати його адаптивну потребу, яка виникає у тому випадку, коли є труднощі подолання нової складної життєвої ситуації, яка перевищує адаптивні можливості клієнта.

У випадку, коли складність нових життєвих ситуацій не перевищує адаптивних можливостей індивіда, відбувається нормальний перебіг процесу соціалізації. У людини накопичується власний соціальний досвід засвоєння нових життєвих ситуацій, формується та розвивається індивідуальний адаптивний механізм.

У випадках деформацій індивідуального адаптивного механізму, при виникненні ситуацій, що перевищують за складність адаптивні можливості, або при порушеннях функціонування суспільних інститутів соціалізації, можуть статися відхилення у процесі соціалізації, виникнути стреси. Тоді для подолання стресів, подолання кризових життєвих ситуацій індивіду потрібна професійна соціальна підтримка.

Соціальні працівники, які діють у рамках соціально-педагогічної моделі, можуть здійснити необхідно соціальну корекцію з відхилення (або підтримки) індивідуального адаптивного механізму клієнта та при потребі полегшити для адаптації саму життєву ситуацію. Регулярне вимірювання, за допомогою наукових методів соціального дослідження, результативності розвитку соціалізації дають змогу коригувати процес

соціалізації, спрямовуючи допомогу на механізми соціалізації.

Іншим важливим поняттям соціально-педагогічної моделі є **ресоціалізація**, яка розуміється як:

1) відновлення в особистості якостей, необхідних для нормальної життєдіяльності в суспільстві;

2) засвоєння нових цінностей, ролей, навичок замість попередніх, які недостатньо засвоєні або застаріли;

3) (стосовно осіб девіантної поведінки) – комплекс заходів, спрямований на відновлення соціального статусу особистості, втрачених чи несформованих соціальних навичок, переорієнтацією соціальних та референтних орієнтацій девіантів за рахунок включення їх в нові, позитивно орієнтовані відносини та види діяльності.

Загалом, ресоціалізація тісно пов'язана з профілактичною соціально-педагогічною діяльністю та корекційною педагогікою. В основу ресоціалізації закладено основні ідеї гуманістичної моделі соціальної роботи. Її основний зміст полягає в тому, що робота з девіантами має за мету не моралізування про спосіб їхнього життя, а виявлення потенційних можливостей особистості, що можуть стати базисом у відновленні її соціально-позитивної спрямованості.

#### **Розглянемо деякі соціально-педагогічні методи і технології соціальної роботи:**

а) *бесіда* – індивідуальна або групова розмова, що може бути заздалегідь підготовленою або спонтанно, вона стимулює інтерес клієнтів до обговорення актуальних проблем життєдіяльності, життя соціуму, колективу й має значний виховний потенціал, використовуючи життєвий досвід учасників;

б) *збори* індивідів, об'єднаних за якоюсь ознакою, вирізняються підготовленістю та організованістю, мають великий виховний потенціал як орган колективного керування, виражають волю більшості учасників, мобілізують їх на активну діяльність з реалізації прийнятих рішень;

в) *диспути* та *дискусії* - форми спілкування, що формують полемічні вміння, уміння залучати й утримувати прихильників; диспут передбачає організовану полеміку за заздалегідь визначеною темою, у той час як дискусія — це відстоювання різноманітних точок зору, інколи за темою, що виникає спонтанно;

г) *створення об'єднань самоврядування* – клубів, асоціацій, груп самопомоги і взаємодопомоги, які дають змогу для розвитку соціальних навичок і якостей, впливають на поліпшення соціального обслуговування;

д) *технології адаптації* – навчання новим професіям, засобам забезпечення

власного існування і життя своєї сім'ї за допомогою засобів, адекватних умовам, що змінилися, завдяки проведенню шкіл лідерів, виборців, молодих бізнесменів тощо;

е) *взаємодія із сім'єю важкої дитини* – здійснюється за допомогою діагностики й аналізу шкільних труднощів, організації груп додаткових занять, проведення соціально-виховної роботи з батьками, сприяння у розв'язанні кризових ситуацій у сім'ї;

є) *кондуктивна* (лат. conductor - супровідний) *педагогіка* - педагогічна діяльність з дітьми з обмеженими можливостями, переважно з порушеннями опорно-рухового апарату, спрямована на формування самостійної активності і незалежності дитини, що прагне адаптуватися до навколишнього середовища; таку дитину навчають, керують нею у повсякденному житті, задовольняють її біологічні та соціальні потреби, у процесі занять опановуються навички побутового самообслуговування та відбувається.

Соціально-педагогічна модель корисна для розуміння природи деяких вчинків клієнтів соціальної роботи. Наприклад, вибір аддиктивної стратегії поведінки часто зумовлений труднощами в адаптації до проблемних життєвих ситуацій: складні соціально-економічні умови, багато чисельні розчарування, знищення ідеалів, конфлікти у сім'ї та на виробництві, втрата близьких, різка зміна звичних стереотипів тощо. І ця здатність до адаптації порушена ще в сім'ї. Подекуди саме проблеми в сім'ї штовхають дитину у групу ризику, утворюють ґрунт для звернення дитини до наркотиків.

Соціально-педагогічна модель практики ґрунтується на феноменології вікової структури населення й на проблематиці вікової типології. Вона пропонує обирати методи та форми роботи з клієнтами з позицій вікового підходу та завдань, властивих кожному віковому періоду.

До обмежень соціально-педагогічної моделі можна віднести її деяку розмитість, вона фактично вбирає в себе ті техніки та форми роботи, які запропоновані іншими моделями. Як зазначає британський фахівець У. Лоренц, соціальній педагогіці загалом властиве визначення цілей та механізмів будь-якої соціальної активності з широких теоретичних позицій безвідносно до конкретних організаційних рамок та прийомів.

Разом із тим через концепцію адаптивної соціалізації вона логічно вписується в наукову й практичну картину взаємодії людини з навколишнім середовищем, дає можливості для диференціації форм і методів соціальної роботи відповідно до адаптивних можливостей клієнта та завдань соціалізації на різних етапах його життєдіяльності.

Соціально-педагогічну модель активно використовують в Україні центри соціальних служб для молоді та громадські організації. За кордоном ця модель знаходить застосування у діяльності шкільних соціальних працівників, університетських соціальних

служб, службах пробації для неповнолітніх правопорушників, центрах ресоціалізації тощо.

---

## **Висновки**

---

1. Кризове втручання застосовують у випадках, коли до соціального працівника звертаються клієнти в стані глибокої психологічної кризи, і ситуація вимагає оперативного втручання. Виділяють два підходи до втручання у кризу: перший – кризове консультування, другий – інтенсивний догляд. Соціальні працівники предметом своєї діяльності визначають не лише особу клієнта, але й психотравмуючу соціальну ситуацію в цілому.

2. Зосереджена на завданні модель пропонує виразну послідовність діагностики проблеми та роботи з нею. Виділяють три основні стадії зосередженої на завданні моделі – вивчення проблем, узгодження мети та часових рамок, виконання завдань, кожна із яких складається із дрібніших. Між ними є періоди підготовки й оцінки кінцевих результатів.

3. Сімейна терапія – це підхід, заснований на твердженні, що пояснення та вирішення людських проблем полягають у розумінні минулих та нинішніх взаємовідносин між людьми, близько пов'язаними одне з одним, а не в кожній конкретній людині. Зараз фактично співіснують, доповнюючи один одного, три ключових напрями сімейної терапії – екзистенціальний, стратегічний і структурний. У процесі сімейної терапії більше вивчаються стереотипи поведінки та переконання, тому при втручанні наголос роблять на створенні можливості для формування нових стереотипів

4. Психосоціальна терапія приділяє особливу увагу оцінці та взаємостосункам. Вона прагне вичленити проблеми із середовища, підсилюючи при цьому сильні сторони „Я” клієнта та його механізми, за допомогою яких він може подолати проблеми самостійно за достатньої підтримки соціального працівника. Психосоціальна терапія спрямована на зміну особистості клієнта, стосунків та/або соціальної ситуації.

5. Соціально-педагогічна модель фокусується на ідеї допомоги шляхом виховного впливу на процес соціалізації індивіда або соціальної групи, який здійснюється через систему інститутів – сім'ю, школу, позашкільні заклади, що мають коригувати формування соціальних якостей особистості відповідно до суспільно значущих цінностей, обмежувати або активізувати вплив тих чи інших факторів.

**Запитання для самоперевірки:**

1. Які ознаки кризи можна назвати?
2. Від чого залежить здатність особи і родини протистояти кризі?
3. Які різновиди допомоги надають у рамках кризового втручання?
4. У чому, на Вашу думку, полягають особливості зосередженої на завданні моделі?
5. Охарактеризуйте зміст діяльності соціального працівника на різних етапах роботи у зосередженій на завданні моделі.
6. Яка різниця між тим, щоб працювати з сім'єю, як з системою, і тим, щоб працювати з окремими індивідами, котрі є членами сім'ї?
7. Які напрями сімейної терапії відомі? У чому полягає відмінність між ними?
8. Які техніки втручання пропонує психосоціальна терапія?
9. У чому полягає відмінність між психодинамічною та психосоціальною моделлю соціальної роботи?
10. Що дає адаптивно-соціалізаційна теорія практиці соціальної роботи?
11. Яким чином відбувається ресоціалізація?
12. Визначте спільні та відмінні риси підходів, описаних у цьому розділі.

### Література

1. Бурлака В. Сімейна терапія: підходи та процес // Соціальна політика і соціальна робота. – 2004. - № 3.
2. Введення у соціальну роботу: Навч. посібник / Семигіна Т.В., Грига І.М. та ін. – К.: Фенікс, 2000.
3. Доуэл М., Марш П. Ориентированная на решение задач социальная работа. – К.-Амстердам: Ассоциация психиатров Украины, 1997.
4. Леннеер-Аксельсон Б., Тюлефорс И. Психосоциальная помощь населению: Пер. со швед. – М.: Ин-т социальной работы, 1998.
5. Лоренц У. Социальная работа в изменяющейся Европе: Пер. с англ. – К.-Амстердам: Ассоциация психиатров Украины, 1997.
6. Лукашевич М.П., Мигович І.І. Теорія і методи соціальної роботи. – К.: МАУП, 2002.
7. Пейн М. Сучасна теорія соціальної роботи: Пер. з англ. – К., 2000.
8. Практика социальной работы /Под ред. К. Ханвея, Т.Филпота. –К.-Амстердам, 1996. – С. 169.
9. Сатир В. Психотерапия семьи. – СПб: Речь, 2000.
10. Соціальна педагогіка: Навч. посібник / За ред. А.Й. Капської. – К., 2000.



11. Соціальна педагогіка: теорія і технології / За заг. ред. І.Д. Звереві. – К.: Науковий світ, 2006.
12. Соціальна робота. В 3-х ч. – Ч.2. Теорії та методи соціальної роботи / За ред. Семигіної Т.В., Григи І.М. – К.: Києво-Могилянська академія, 2004.
13. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник. – К.: УДЦССМ, 2002.
14. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Вид. дім „Києво-Могилянська академія”, 2006.
15. Соціальні служби – родині: Розвиток нових підходів в Україні / За ред. Григи І.М., Семигіної Т.В. – К., 2002
16. Теорії та методи соціальної роботи / За ред. Семигіної Т.В., Миговича І.І. – К. Академвидав, 2005.
17. Трубавіна І.М. Поняття кризового втручання в соціальній роботі // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2003. - № 4. – С. 81-82.
18. Энциклопедия социальной работы: Пер. с англ. - В 3-х т. –М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.

## **РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНА СОЦІАЛЬНА РОБОТА**

### **3.1. Соціальна робота з людьми похилого віку**

#### ***3.1.1. Уявлення про старість і старіння***

Одним з головних сучасних завдань нашого суспільства є створення умов гідного життя літнім людям, які складають нині п'яту частину населення України. Саме тому соціальна робота з людьми похилого віку посідає пріоритетне місце в системі соціального обслуговування населення України.

Поняття "людина похилого віку" в Україні стійко асоціюється з настанням пенсійного віку, який становить 55 років для жінок і 60 – для чоловіків. Часто вживається термін „літні люди”, який в більшості випадків має те ж саме значення, що і люди похилого віку.

Згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), осіб у віці від 60 до 74 років відносять до категорії людей похилого віку, від 75 до 89 років - до старих людей, а від 90 років і старших до довгожителів. Деякі американські фахівці пропонують іншу класифікацію, у якій розрізняють людей старшого віку, як «молодих літніх» — 65-74 років, старих — віком 75-84 і дуже старих — 85 років і старших. Тоді як відомий російський вчений І. Давидовський свого часу категорично наполягав на

відсутності точних календарних дат настання старості.

Старіння є невід'ємним елементом розвитку особистості. В онтогенезі людини виділяють періоди дитинства, юності, зрілості та старості (пізньої дорослості). Межа між періодом зрілості та початком старості майже неловима, що обумовлює розбіжності в визначенні віку, з якого починається старість.

З біологічної точки зору старіння пов'язується зі змінами, що відбуваються на всіх рівнях організації живої матерії - молекулярному, клітинному, системному, цілісного організму. Відтак старіння розглядається, як руйнівний процес, який настає в результаті наростаючого з віком руйнівної дії зовнішніх та внутрішніх факторів та призводить до недостатності функцій організму.

Для об'єктивнішого розуміння старіння його можна розглядати як процес, що складається з трьох компонентів:

- *біологічне старіння* – зростання вразливості організму і підвищення ймовірності смерті ;

- *соціальне старіння* – зміна патернів поведінки, статусів, ролей;

- *психологічне старіння* – вибір способу адаптації до процесів старіння, нових стратегій подолання труднощів.

Представники холістичного підходу пропонують при розгляді процесу старіння враховувати більше аспектів, як-от: календарний (хронологічний); біологічний; сексуальний; психологічний; соціальний; духовний.

Отже, однозначної думки щодо віку, з якого починається старість, немає, адже старіння - це процес, і саме в цьому контексті необхідно розглядати феномен старості.

У житті старої людини, зазвичай, відбуваються зміни, що зачіпають усі сфери життя: виробничу, сімейну, громадську, особисту. Часто різнопланові проблеми людей похилого віку об'єднують у три великі групи: 1) здоров'я і медична допомога; 2) матеріальне становище; 3) інтеграція в суспільство. Старість пов'язана з розвитком вікової патології, зміною фізіологічних функцій, втратами (які часто не помічаються самою людиною). Такі втрати можуть стосуватися фізіологічних і біологічних обмежень, погіршення здоров'я, зниження соціальної активності, зміни соціальної ролі і самоідентичності, втрати безпеки.

За прогнозами фахівців, передбачається інтенсивне постаріння населення на початку XXI сторіччя, а також збільшення очікуваної середньої тривалості життя, тобто процес постаріння буде супроводжуватися значним підвищенням частки осіб старечого віку (старше 75 років) у загальній кількості людей літнього віку, які входять у групу ризику збільшеної потреби у медичній та соціально-побутовій допомозі.

Одночасно з процесами старіння населення відбувається трансформація сучасної сім'ї і відокремлення її поколінь за місцем проживання. За даними Міністерства праці і соціальної політики, в Україні окремо від дітей проживає біля 2 млн. подружніх пар у віці 60 років і старше, а також понад 2 млн. громадян похилого віку, що мешкають самотньо. Серед них 754 тис. потребують різних видів побутової допомоги, у тому числі у віці 75-80 років понад 300 тис. осіб. Проблеми людей похилого віку, особливо самотніх, загострюються на тлі низьких пенсійних виплат та дефіциту дешевих товарів, зростання цін на комунальні послуги і продовольчі товари, нерозвинутої сфери побуту, незадовільної медичної допомоги, втрати суспільством почуття милосердя. Зазначені труднощі доповнює відсутність грошових заощаджень, фінансова неспроможність ремонту власного житла, тощо. Подолати все це літні люди самотійно не можуть. Частина з них змушена переїздити до спеціалізованих стаціонарних соціальних закладів, потребує постійної сторонньої допомоги, обслуговування на дому.

Загалом, щороку кількість літніх на планеті збільшується на 2,4 %. За прогнозами, до 2020 року кількість літніх людей може зрости до одного мільярда осіб. Демографічне старіння як глобальна тенденція розвитку сучасної цивілізації привертає увагу до становища людей похилого віку в сучасному світі. Ця ситуація обумовлює не лише формування нових потреб літніх людей, але й відмову від уявлень про старість як про інволюцію.

Зараз люди похилого віку являють собою гетерогенну популяцію кількох поколінь, чимало з них ведуть самотійний та активний спосіб життя. Однак у суспільстві продовжують домінувати стереотипи про старість як про «напівіснування» та людей похилого віку як утриманців.

Перехід на нові принципи розвитку, перегляд системи цінностей, притаманних сучасному суспільству, вносять корективи в життя всіх поколінь, зокрема й старшого. Зміна соціального статусу старої людини, що викликана насамперед припиненням або обмеженням трудової діяльності, трансформацією ціннісних орієнтирів, самого способу життя та спілкування, а також виникнення різноманітних утруднень як у соціально-побутовій, так і в психологічній адаптації до нових умов, диктує необхідність відпрацювання та реалізації специфічних підходів, форм і методів соціальної роботи з людьми похилого віку.

### ***3.1.2. Загальні підходи та принципи соціальної роботи***

У літературі із соціальної роботи знаходимо низку теорій, які вивчають ті чи інші аспекти процесу старіння, зокрема, соціальні (теорія соціального обміну, рольова теорія, теорія безперервності, теорія життєвих подій, теорія активності та інші), психологічні (теорія життєвого циклу та інші), психосоціальні (теорія рис характеру, теорія вмирання та смерті). Ці теорії аналізують соціально-психологічні проблеми людей похилого віку, які визначають їх становище у суспільстві, потреби та необхідну їм допомогу.

Для розуміння спрямованості соціальної роботи із людьми похилого віку важливо розуміти їхні проблеми. Так, російський науковець Є. Холостова робить спробу узагальнити ці проблеми, виділяючи:

- втрати: переживання, що викликані різного роду втратами (фізичної активності, зору, слуху, смерті близьких людей);
- зміни психіки (внаслідок розчарування, відторгнення);
- зниження психологічних здібностей та можливостей людини на фоні гострих захворювань, психічні хвороби, органічні ураження мозку; вияв в гіпертрофованому вигляді почуттів заощадливості, скупості;
- сексуальні проблеми: імпотенція, вдівство, пізні кохання, другий шлюб;
- наслідки зловживання алкоголем: порушення загального здоров'я, розлади нервової системи, розумова відсталість, деградація особистості;
- погане поводження з людьми похилого віку: фізичне та психологічне насильство, погрожуюча поведінка, зневага, занедбаність, позбавлення харчів та комфорту, соціальна ізоляція, сексуальні домагання, фінансові зловживання (використання збережень людини похилого віку);
- низька матеріальна забезпеченість: злидні, жебрацтво, образи, зневага, приниження, почуття незатребуваності, спроби відновлення трудової активності.

Деякі дослідники негативно ставляться до спроб узагальнити особливості та потреби людей похилого віку. Бо, на думку всесвітньо відомого американського фахівця Г. Крайг, об'єднання всіх людей похилого віку в одну групу призводить не тільки до ігнорування індивідуальних особливостей, але й не враховує стан фізичного здоров'я, фактори старіння та вікові нормативні фактори. Це призводить до виникнення ейджизму, тобто соціальної установки, за якої невиправдано високо оцінюють юність і дискримінується старість.

Важливу роль у похилому віці відіграють вироблені в процесі механізми адаптації до втрат. Людям потрібен час, аби змиритися зі своїми фізичними чи функціональними втратами. Серед чинників, які впливають на здатність до адаптації, можна назвати:

особисті якості людини; життєвий досвід; поточну ситуацію. Одні люди похилого віку досить добре адаптуються до втрат, інші – значно гірше. Швидкі технологічні, соціальні, культуральні зміни у суспільстві утруднюють процес адаптації людей похилого віку.

Соціальним працівникам необхідно зважати, що виділяють кілька типів **пристосування до старості:**

*Конструктивний підхід* – людина внутрішньо врівноважена, спокійна, задоволена емоційними контактами з оточуючими, критична щодо самої себе, терпима в стосунках з іншими. Вона приймає старість як факт, що завершує професійну кар'єру, розглядає смерть як природне явище, не висловлюючи ані розпачу, ані жалю. Людина такого типу з довірою ставиться до оточуючих, охоче приймає допомогу.

*Підхід залежності* властивий людям, які демонструють пасивність і схильні до залежності від інших. Вони не мають високих життєвих прагнень і легко залишають свої професійні заняття. Сімейне оточення забезпечує їм відчуття безпеки і дає відчуття внутрішньої гармонії, тому вони не страждають від емоційної неврівноваженості і стресів.

*Підхід захисту* характерний для самодостатніх людей, що захоплені своєю професійною діяльністю. Вони уникають висловлювати свою думку, говорити про свої проблеми. Такі люди часто потерпають від страху смерті та маскують свою безпорадність перед її невідворотністю посиленням зовнішньої активності.

*Підхід ворожості до інших* властивий “розгніваним старим”, які агресивні, недовірливі, запальні і мають чимало претензій щодо свого оточення – близьких, друзів, суспільства в цілому. Вони неадекватно сприймають старість, не можуть примиритися із невідворотними змінами в старості, заздять молодим, бунтують проти смерті і бояться її.

*Підхід ворожості до себе* характерний для людей з негативним життєвим балансом, які уникають спогадів про минулі невдачі та труднощі. Вони пасивно приймають незгоди в старості. Незадоволена потреба в любові та співчутті є приводом до депресій і жалю до себе, смерть розглядається ними як позбавлення від страждань.

Визнаючи питання старіння як один з основних викликів ХХ сторіччя, Організація Об'єднаних Націй 1991 року ухвалила **Принципи щодо людей похилого віку**, згідно з якими люди похилого віку повинні мати:

*незалежність* (доступ до відповідного вимогам харчування, води, житла, одягу та медичного обслуговування через забезпечення їм доходу, підтримки з боку сім'ї, громади і самопомоги; можливість працювати або займатися іншими видами діяльності, що дає прибуток; можливість жити вдома до тих пір, поки це можливо; тощо)

*участь* (люди похилого віку повинні бути, як і раніше, залучені до суспільного життя,

активно брати участь у розробці й здійсненні політики, яка безпосередньо торкається їхнього добробуту, і ділитися своїми знаннями і досвідом з представниками молодого покоління; вони повинні мати можливість створювати асоціації осіб похилого віку; тощо);

*догляд* (люди похилого віку повинні бути забезпечені доглядом і захистом з боку сім'ї і громади; мати доступ до медичного обслуговування, соціальних і правових послуг з метою підвищення їх незалежності, зміцнення захисту та покращення догляду; користуватися послугами піклувальних установ, які забезпечують захист, реабілітацію, а також соціальне і психологічне стимулювання в гуманних та безпечних умовах; тощо);

*можливості для реалізації внутрішнього потенціалу* (люди похилого віку повинні мати доступ до можливостей суспільства у сфері освіти, культури, духовного життя і відпочинку; тощо);

*гідне ставлення* (люди похилого віку повинні мати можливість вести гідний і безпечний спосіб життя і не піддаватися експлуатації та фізичному або психічному насильству; вони мають право на справедливе ставлення незалежно від віку, статі, расової або етнічної приналежності, інвалідності або іншого статусу і їхня роль повинна оцінюватися незалежно від їхнього економічного внеску).

Отже, соціальна робота з людьми похилого віку повинна спрямовуватися на реалізацію проголошених принципів. Відтак завданням соціальної роботи з літніми людьми є:

організація довготривалого догляду, для тих, хто його потребує;

надання можливостей людям похилого віку реалізовувати свої здібності, брати участь у громадській діяльності;

сприяння адаптації особистості до нових умов, відшуковуючи незадіяні на попередніх етапах життєвого шляху ресурси тощо.

### ***3.1.3. Методи і технології соціальної роботи***

Найпоширеніші в Україні форми соціальної роботи з людьми похилого віку – це *реабілітація* (медична та соціальна, яку часто надають у стаціонарних закладах) та *соціальна допомога*. При цьому соціальна допомога людям похилого досить часто спрямована на задоволення потреб у самообслуговуванні, здійснення якого неможливо або ускладнено внаслідок втрати чи обмеження тих або інших функцій. Критерії надання такої допомоги закладені в законодавстві та відповідних положеннях про соціальні заклади. Вони включають: медичний висновок про потребу в сторонньому догляді та факт самотності заявника.

У розвинутих країнах для визначення рівня незалежності людини послуговуються рекомендаціями ВООЗ для оцінки порушень та проявів, пов'язаних з інвалідністю та обмеженнями в соціальній діяльності. Пропонується використовувати такі характеристики повсякденної діяльності, як: регуляція функцій сечовиділення і дефекації, мобільність та деякі прості дії з самообслуговування - умивання, одягання, прийом їжі і здатність добратися до туалету тощо. Також враховуються інструментальні види повсякденної діяльності: здатність робити покупки, готувати, прати, користуватися телефоном та обходитися з грошми.

Надаючи допомогу людині похилого віку, соціальні працівники мають дотримуватись певних правил. По-перше, варто оцінювати потреби клієнта в контексті всього життя та досвіду, але це не означає що потрібно занадто глибоко чи необдуманно втручатися в його чи її особисте життя. Також необхідно уникати впливу упередженого ставлення та не розглядати людей похилого віку як жертв. Навпаки годиться визнавати їхній статус як людей, що дожили до поважного віку, як людей відповідальних за свої вчинки. І ще одне правило - важливо починати роботу із з'ясування суб'єктивного бачення особою похилого віку її оточення, але це не означає що професіонал не несе відповідальність за свої судження, що впливають із досвіду та знань, і має у всьому погоджуватися із старою людиною, хоча прийняття її бачення перспективи є суттєво важливим для спільної роботи.

У процесі індивідуальної роботи спеціалістам важливо:

- не дозволяти людям похилого віку втягуватися в негативний імідж старіння, наприклад, допомагати їм побачити і зрозуміти, що найчастіше джерело їх проблем породжені ситуацією, а не ними самими;

- заохочувати та підтримувати прагнення брати на себе відповідальність за своє життя, там, де це можливо;

- стимулювати діяльність людей похилого віку, яка підтримує відчуття інтеграції та цілісності їх життя.

Надаючи послуги, представники соціальної служби мають звертати увагу на психологічний стан людини. Інколи люди похилого віку стають пригніченими, втрачають сенс життя. Це може, зокрема, трапитися через втрату життєвих цінностей. І тут у нагоді може статися так званий *метод біографічного інтерв'ювання* або стимуляція спогадів, який може полегшити для людини похилого віку прийняття свого життя, знайти його сенс та набути розуміння, що "життя не пройшло даремно." Його можна використовувати як в роботі з випадком одного клієнта, так і в роботі з групою. Джерелами спогадів

можуть стати фотографії, старі платівки з піснями чи музикою, якісь сувеніри чи старі поштівки, відвідування музеїв, також можна використовувати події життя: навчання в школі, одруження, народження дітей, відпочинок на морі, подорожі тощо.

Однак, для соціальних працівників буває нелегко застосувати цей метод. Бо розповіді можуть повторюватися, історії можуть здаватися і бути насправді перебільшеними та вигаданими. Тому практик повинен інтенсивно готуватися до роботи і це включає підготовку користувача і самого практика. Так в випадку, коли клієнт розповідає про неприємний чи тяжкий досвід в своєму житті, важливо уникати припущень, адже автобіографія і огляд життя залучають аналіз почуттів, а не тільки фактів. Також потрібно бути обережним, виявляючи почуття клієнта, які той переживає зараз. Наприклад, припущення, що рання смерть батька спричинила горе і нещастя, може зробити неможливим для старої жінки виявити відчуте нею полегшення, коли смерть її батька поклала край довготривалому насильству, яке той чинив у сім'ї.

Наразі важливо звертатися до знаходження позитивних спогадів, які підтверджують позитивні якості, демонструють здатність та силу індивіда в подоланні труднощів та вирішенні складних життєвих ситуацій.

Ще одним із ефективних засобів соціальної реабілітації людей похилого віку є їх *трудова та громадська зайнятість*. Літня людина, яка залишає свою професійну діяльність, часто зазнає стресових станів. На жаль, сучасне суспільство не може задовольнити потребу в робочих місцях не лише означеній категорії громадян, але, навіть, і людям працездатного віку. Проте, деякі перспективи тут можливі у сфері малого та середнього бізнесу, фермерських господарств, присадибних ділянках. Пенсіонер повинен розуміти, що перехід на відпочинок – не фізична та розумова бездіяльність. Літня людина повинна залишатися в центрі інтересів родини, відчувати себе повноправним громадянином, цікавитися громадським життям. Корисним досвідом у цьому плані є створення так званих клубів за інтересами для людей похилого віку, де вони можуть спілкуватися, виконувати певні громадські функції, займатися спільною діяльністю. Або волонтерська діяльність самих пенсіонерів, котрі допомагають доглядати інших.

Соціальні працівники багатьох країн звертають увагу на *стан людей, котрі щойно вийшли на пенсію*, розуміючи складнощі цього періоду. Соціальні працівники мають усвідомлювати, що “пенсія” – це не стільки й не скільки вид грошового забезпечення у старості (формальне визначення поняття), скільки *процес і соціальна роль*, яка вимагає пристосування.

Соціальні працівники також мають брати до уваги, що соціальна реабілітація може,



зокрема, бути спрямована на *отримання нових знань та навичок*, необхідних для самообслуговування, або відновлення тих, що були раніше. Це особливо стосується людей похилого віку, які втратили якусь частину функцій через захворювання (наприклад, після інсульту). Наприклад, у соціальних службах Великобританії вчать куварити лівою рукою тих, у кого права рука перестала функціонувати, або чоловіків, котрі за життя дружини не готували їсти і після смерті дружини опинилися в скрутній ситуації.

У багатьох країнах важливу роль в роботі з людьми похилого віку відводять трудотерапевту, який допомагає клієнтові пристосуватися до змін в його функціональних можливостей. Він може спланувати та розробити зміни у домашньому побуті, що включає виготовленні спеціальних меблів, відповідного обладнання (пристосування туалету для зручного користування, поручні, спеціальні пристосування для вимикачів газової плити, кранів в ванній кімнаті, спеціальні прибори для їжі), встановлення спеціального освітлювального обладнання, модифікування одягу (спеціальні застібки). Також це може бути створення піднятих над землею грядок чи клумб, щоб людина в інвалідному візку могла доглядати свої квіти чи город.

Особливу увагу необхідно звернути на людей похилого віку, які переживають втрату близької людини. І тут у нагоді мають стати відповідні методи соціальної роботи. Одним з найкращим із них є *терапевтична короткотривала група*. Можливість прийти до групи „Тяжка втрата” надзвичайно важлива для людини похилого віку, яка втратила подружжя. Вона переживає почуття смутку, відчаю або навіть безпорадності і намагається знайти відповіді на запитання “Чому це сталося?”, “Що робити далі?”. Підтримка з боку родичів та друзів є інтенсивною впродовж трьох чи чотирьох тижнів, а потім слабшає і людина ще більше відчуває свою самотність. Вона може відчувати, що інші не розуміють її тяжких переживань і хтось може радити перебороти горе і перестати плакати. Тоді саме група може стати місцем, де можна висловити власні горе і смуток, не боячись осуду з боку інших, та звільнитися від тяжких переживань.

Ще один напрям роботи – це *сприяння* соціальних працівників у *створенні груп самодопомоги*, груп соціальних дій, самокерованих груп, які дають змогу як розв’язувати індивідуальні проблеми, так і проводити кампанії за зміни соціальних установок та на захист інтересів і прав.

У роботі з людьми похилого віку особливе місце посідає *груповий догляд*, тобто соціальна робота в установах, які здійснюють денний догляд чи резидентний (стаціонарний, інтернатний) догляд. Денний догляд, в якому забезпечують надання соціальної та психологічної допомоги у денний час і за певним розкладом,

прогресивніший, адже він дозволяє не відривати людину від звичного середовища. Резидентний догляд забезпечує тимчасовий або довготривалий притулок, цілодобову допомогу або догляд у разі, коли людина неспроможна обслуговувати себе самостійно, спеціальну реабілітацію.

Люди похилого віку, визнані недієздатними, або такі, що мають обмежену мобільність, можуть потребувати здійснення соціальними працівниками *представництва* - захисту їхніх прав, а в деяких випадках – захисту від насильства у родині, з боку сусідів, знайомих, добровільних доглядальників тощо.

Таким чином, серед ключових напрямів соціальної роботи з людьми похилого віку можна назвати виявлення осіб, які потребують соціального піклування дома чи в спеціальних установах, створення умов для виявлення активності у мікросоціумі, адаптації до старості й задоволення їхніх інтересів, роз'яснювальну роботу з близькими людьми похилого віку.

#### **3.1.4. Організація надання допомоги**

Питання соціального обслуговування людей літнього віку в Україні регулюються низкою законодавчих та підзаконних актів, зокрема, Законом України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту” (1993 р.), Типовим положенням (взірцевим) про територіальний центр соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян, затвердженим Кабінетом міністрів України (1997 р.), Наказом Міністерства праці та соціальної політики України „Про затвердження типових положень про будинки-інтернати (пансіонати) для громадян похилого віку, інвалідів та дітей” (2001 р.) тощо.

На нинішньому етапі послуги літнім людям надають такі державні заклади, як:

- *територіальні центри по обслуговуванню одиноких непрацездатних громадян похилого віку та інвалідів* (спеціальна державна установа, що надає за місцем проживання біля 40 видів послуг пенсіонерам, інвалідам, одиноким непрацездатним громадянам та іншим соціально незахищеним громадянам вдома, в умовах стаціонарного, тимчасового та денного перебування, які спрямовані на підтримання їхньої життєдіяльності і соціальної активності);

- *будинки-інтернати загального профілю для громадян похилого віку та інвалідів* (стаціонарна соціально-медична установа загального типу для постійного проживання громадян похилого віку, ветеранів війни та праці, інвалідів, які потребують стороннього догляду, побутового і медичного обслуговування);

- *спеціальні будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів* (стаціонарна соціально-медична установа, призначена для постійного проживання осіб похилого віку, переважно з числа особливо небезпечних рецидивістів та інших осіб, за якими відповідно до чинного законодавства встановлено адміністративний нагляд, інвалідів та громадян похилого віку, з числа колишніх засуджених, які потребують не тільки побутового та медичного обслуговування, а й цілеспрямованого виховного впливу, а також для громадян, яких за рішенням місцевих органів виконавчої влади переводять з інших інтернатних установ загального типу за систематичне порушення громадського порядку, вживання алкоголю та інших токсичних препаратів, бійки тощо);

- *геріатричні пансіонати* (стаціонарна медико-соціальна установа для проживання осіб з вираженими віковими порушеннями психіки, підтвердженими висновком лікувально-консультативної комісії органів охорони здоров'я);

- *пансіонати для ветеранів війни та праці* (установи інтернатного типу підвищеної комфортності).

Як проміжна ланка між стаціонарним доглядом і доглядом у громаді створюються *спеціальні житлові будинки для ветеранів та пенсіонерів*. Вони нагадують закордонні будинки компактного проживання, але розраховані на значно більше кількість мешканців і не орієнтовані на їх активну участь в управлінні будинком. І хоча ці заклади до певної міри розв'язують соціально-побутові та соціально-медичні проблеми людей похилого віку, однак вони не сповна враховують сучасного розуміння старості як активного етапу в житті людини та права людей похилого віку на інтеграцію в суспільство.

Для отримання допомоги в державних соціальних закладах потрібно оформити низку документів, зокрема, мати висновок медичного закладу щодо необхідності стороннього догляду. Допомога надається здебільшого самотнім непрацездатним громадянам, які частково або повністю втратили здатність до самообслуговування.

На жовтень 2006 року соціальне обслуговування та соціальні послуги в системі органів соціального захисту населення України надавали 319 будинків-інтернатів, 744 територіальних центри соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян, 24 пансіонати, 9 спеціалізованих житлових будинків для ветеранів війни і праці, 289 реабілітаційних установ. Функціонування системи забезпечували понад 58 тисяч соціальних працівників, які обслуговують близько мільйона громадян, надаючи їм понад 45 видів послуг.

За кордоном реалізують численні програми, спрямовані на підтримку добробуту й стану здоров'я людей похилого віку, для чого створюють низку відповідних закладів,

розташованих у громаді, за місцем проживання клієнта, якому надають право вибору форми обслуговування. Наприклад, у Великобританії поширені такі види обслуговування для людей похилого віку:

1) *будинки готельного типу* (забезпечення місцями проживання, де людям надається підтримка, зазвичай, постійно проживаючим у будинку доглядальником. Кімнати забезпечені системою аварійного виклику. Завдання доглядальника в разі звернення забезпечити послуги іншої служби, а не безпосереднє надання догляду. Такі заклади не вирішують проблему самотності: люди мешкають в своїх квартирах і не надто активні в спілкуванні);

2) *догляд у будинках постійного проживання* (такі заклади утримує або місцева влада, або приватні чи добровільні організації; будинки відповідають потребам людини похилого віку, надаючи захищене проживання. Як правило, люди в таких будинках, не повинні потребувати постійної медичної допомоги. Але є й будинки з висококваліфікованим персоналом, і них можуть проживати соматично ослаблені люди і люди з психічними розладами);

3) *будинки сестринського типу* (такі заклади утримують приватні або добровільні організації; будинки призначені для догляду за людьми, які не можуть жити вдома. Люди, що там перебувають, мають сплачувати послуги повністю чи частково, а решту сплачуватиме місцева влада. Раз на півроку менеджер будинку, що займається питаннями надання допомоги, здійснює перегляд потреб клієнтів. У таких будинках часто мешкають люди із *проблемами психічного здоров'я*);

4) *денні стаціонари / центри* (люди залишаються жити вдома, але відвідують спеціально створені центри, будинки постійного проживання чи сестринського типу. Для перевезення цих людей місцева влада часто використовує таксі чи спеціальні транспортні засоби. У таких закладах поєднують роботу професіоналів та волонтерів, створені мультидисциплінарні команди / багатoproфільні бригади для допомоги. Зазвичай, клієнти перебувають у таких закладах з ранку й до середини дня, але останнім часом це стало можливо й ввечері та на вихідні. У багатьох центрах створено спеціальні відділення для підтримки тих, хто здійснює догляд за психічно хворими родичами, де можуть надати послуги вночі, щоб підтримати доглядальників);

5) *денні центри/обідні клуби* (якщо у денному стаціонарі здійснюють персональний догляд, то в клубах годують в обід і забезпечують спілкування. Такі заклади створюють громадські організації переважно в приміщеннях церкви, комунальних центрах. Такі послуги призначені для тих, хто живе один, вони полегшують переживання стану

самотності та пов'язаної з нею депресію)

б) *доставка харчування за місцем проживання / «їжа на колесах»* (доставка продуктів додому до клієнта, зазвичай, у вже приготовленому вигляді з тим, щоб їх можна було просто розігріти, така їжа може доставлятися з місцевих шкіл чи з будинків постійного проживання, у сільських районах це може бути застосування заморожених продуктів харчування. Ця послуга може також передбачати використання штатних працівників для приготування їжі вдома);

7) *догляд за місцем проживання* (надання довготривалої і спланованої соціально-побутової допомоги згідно з визначеними потребами клієнта);

8) *чергові бригади невідкладної допомоги* (включають послуги соціального працівника, які взаємодіють з практикуючим лікарем і організують короткотерміновий догляд);

9) *служба прання білизни* (зазвичай, для людей, що страждають нетриманням сечі та калу, в багатьох випадках – це запобігає передачі людей до резидентних закладів, оскільки суттєво полегшує роботу доглядальників);

10) *допомога і адаптація* (якщо людина втрачає частину своїх функцій і потребує реабілітаційних пристроїв для користування власним помешканням - сидіння в ванній, поручні, візочка на коліщатках тощо);

11) *консультування* (надання можливості клієнтам і доглядачам вирішити, якої саме допомоги вони потребують і що вони хотіли б запланувати на майбутнє. Іноді соціальним працівникам потрібно витратити багато часу, щоб переконати людину похилого віку чи подружжя дати згоду відвідувати денний центр або будинок постійного проживання).

Таким чином, у розвинутих країнах створено цілісну мережу закладів соціального обслуговування людей похилого віку, спрямовану на реалізацію принципів ООН і забезпечення їм гідного місця в суспільстві. В нашій державі система допомоги людям похилого віку є фрагментарною. Перспективним для України є створення нових соціальних та соціально-медичних служб: будинків компактного проживання (для 12-15 осіб), будинків тимчасового проживання (наприклад, на зимовий період 10-15 осіб), хоспісів (служб допомоги термінально хворим), реабілітаційних центрів для тих, хто зазнав насилля у сім'ї, кризових центрів, клубів за інтересами тощо. Такі заклади могли б бути як державними, так і недержавними, окрема, такими, що працюють за соціальним замовленням.

### **3.1.5. Приклади діяльності соціальних служб**

У кожному районі України зараз діють **територіальні центри соціального обслуговування** пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян – державні заклади системи соціального обслуговування населення України. Згідно з Типовим положення центру такі заклади можуть надавати біля 40 видів соціальних послуг. Наприклад, у Севастопольському центрі функціонують два відділення соціальної допомоги вдома (одне обслуговує 650 клієнтів, які мешкають у міській місцевості, інше – 310 клієнтів, що мешкають у приміській та сільській місцевості, в цьому відділенні створені комплексні бригади з обробки присадибних ділянок, косметичного ремонту житла, надання перукарських послуг тощо), відділення соціально-побутової реабілітації (на базі якого працює група денного перебування) та відділення організації надання грошової та натуральної допомоги малозабезпеченим громадянам (зокрема, забезпечення благодійними обідами, продуктовими наборами, надання одягу та взуття тощо). Крім того, при центрі працюють бригади самопомоги пенсіонерів, майстри з ремонту окулярів та годинників, які надають послуги за пільговими цінами, на території центру працює аптечний кіоск, ціни в якому на 15-20 відсотків нижчі, ніж у середньому по місту. У центрі також планується відкриття швейної майстерні, створення творчої лабораторії для талановитих клієнтів.

Суттєву роль у догляді за особами похилого віку та людьми з інвалідністю у багатьох західних країнах відіграють некомерційні благодійні організації. Однією з таких є релігійна благодійна організація „Карітас”, яка, наприклад, у сфері надання послуг для непрацездатних осіб похилого віку є третьою по рейтингу у Німеччині і утримує 1200 відділень „Домашньої опіки”, 500 лікарень, близько тисячі реабілітаційних установ. „Карітас” також здійснює допомогу особам похилого віку в Італії, Франції, Бельгії, Румунії та ін. країнах Європи.

Домашня опіка хворих у „Карітас”, як християнська турбота про людину, скерована на всю людину, і її допомога охоплює тілесні, духовні, соціальні і матеріальні негаразди. Орієнтовані на особу, її життєву ситуацію, послуги по опіці керуються головною засадою “допоможи собі самому”. Для покращення і забезпечення догляду для людей похилого віку „Карітас” ставить наступні цілі:

- покращення забезпечення населення доступними амбулаторними і соціальним послугами;
- залучення співпраці і активація власних сил населення;
- сприяння здоров'ю шляхом інформування, консультацій і початкового скеровування, а також через раннє розпізнавання хвороб і запобігання ускладнення

здоров'я;

- створення відповідних умов праці, а саме спеціалізація, диференціація і розвиток соціальної фахової діяльності „Карітас”;

- утворення мережі співпраці з організаціями соціального забезпечення.

Проект “Домашня опіка” реалізується в Україні з 1999 року. Метою проекту є покращення якості життя самотніх осіб похилого віку та осіб з інвалідністю, які потребують сторонньої допомоги. За підтримки Міжнародної благодійної організації “Карітас”, “Карітас” в Україні сподівається створити, розвинути та провадити надійну кваліфіковану модель по домашньому догляду.

„Карітас надає такі послуги, які не в змозі виконати сам хворий, члени його родини чи інші люди, які здійснюють догляд, зокрема: медичне обслуговування і догляд за хворим; реабілітаційні рухові вправи; допомога при відвідуваннях лікаря і приватних візитах до хворого; інформація, консультації, емоційна підтримка; прокат допоміжних засобів для догляду; надання допомоги у домашньому господарстві і організації харчування; навчання догляду і інструктаж членів родини хворого.

„Карітас” виявляє тих, хто потребує постійного стороннього догляду. Після укладення списків таких людей та отримання необхідних матеріалів, складаються плани та графіки обслуговування. З особами, які приймаються під опіку відділення „Домашня опіка”, укладаються угоди щодо надання послуг та узгоджується перелік послуг, необхідних для догляду. Відповідно до визначених потреб, деякі клієнти відвідуються раз чи кілька разів на тиждень, інші – щоденно. Кожного дня працівник відділення відвідує 8 – 10 осіб. При потребі клієнти отримують ліки, медичне обладнання, гарячу їжу (з благодійної їдальні при “Карітасі”), медичну та соціальну допомогу та послуги від працівників відділення “Домашня опіка”. Медичні огляди здійснює лікар – терапевт, при потребі – в співпраці з дільничними лікарями – спеціалістами.

„Карітас” співпрацює з іншими організаціями і установами, які здійснюють догляд, організовують своєчасне втручання лікаря, допомогу соціальних служб і консультаційних центрів, візит духівника, харчування та іншу соціальну допомогу. Працівники „Карітасу” по домашньому догляду формують свої завдання у співпраці з членами родини, лікарями, духівниками, волонтерами тощо.

Програма “Домашня опіка” має на меті доповнити стаціонарні послуги, які надаються державними установами. Важливим є налагодження мережі контактів з лікарнями, будинками престарілих, різними організаціями та установами у сфері охорони здоров'я, які виявляють подібні проекти чи напрямки діяльності з запропонованим

послуг домашньої опіки за хворими.

Ще один приклад догляду в громаді за людьми похилого віку демонструють **хеседи** – благодійні соціальні служби єврейських громад. Нині такі заклади створені в усіх обласних центрах України, а також у деяких великих містах і районних центрах. У них впроваджено комплексний підхід до розв'язання проблем людей похилого віку. Окрім догляду на дому, створено денні центри, клуби за інтересами, освітні гуртки та бібліотеки, є програми прокату реабілітаційного обладнання, доставка обідів додому, організація безкоштовного харчування в їдальнях або так званих „теплих будинках” (обідніх клубах), надання гуманітарної допомоги, є можливості для отримання консультацій лікарів, юристів тощо. Важливою складовою хеседів є залучення до надання послуг волонтерів, надання можливості клієнтам для самореалізації.

---

## **Висновки**

---

1. Старіння є невід'ємним елементом розвитку особистості. У житті старої людини, зазвичай, відбуваються зміни, що зачіпають усі сфери життя: виробничу, сімейну, громадську, особисту.

2. Завданням соціальної роботи з літніми людьми є: організація довготривалого догляду, для тих, хто його потребує; надання можливостей людям похилого віку реалізовувати свої здібності, брати участь у громадській діяльності; сприяння адаптації особистості до нових умов, відшуковуючи незадіяні на попередніх етапах життєвого шляху ресурси тощо.

3. У соціальній роботі з людьми похилого віку використовують такі форми допомоги, як медико-соціальна реабілітація, надання корототермінового і довготермінового догляду, консультування і групова робота, сприяння трудовій та громадській зайнятості, допомога в захисті прав тощо.

## **Запитання для самоперевірки**

1. Які Вам відомі соціальні і соціально-психологічні проблеми старості?
2. Яким чином процес старіння позначається на само сприйнятті і самопочутті людей похилого віку?
3. Яких принципів необхідно дотримуватися при організації соціальної підтримки людей похилого віку?
4. На що має бути спрямована соціальна робота з людьми похилого віку?
5. Обговоріть різні форми і методи роботи з людьми похилого віку.
6. У чому полягає соціальна реабілітація людей похилого віку?



7. Проаналізуйте сильні та слабкі риси групового догляду для людей похилого віку.
8. Яким чином здійснюється соціальна робота з людьми похилого віку в різних закладах соціальної сфери?
9. Визначте заходи для подолання соціальної ізоляції людей похилого віку.

## Література

1. Ариес Ф. Возрасты жизни // Философия и методология истории. – М., 1997.
2. Введення у соціальну роботу: Навч. посібник/ Семигіна Т.В. та інш. – К.: Фенікс, 2001.
3. Гулина М.А., Духновская Л.Б. Психологические особенности людей пожилого возраста // Психология социальной работы. – СПб: Питер, 2002. – С. 275.
4. Давыдовский И. В. Геронтология. – М., 1966.
5. Кабаченко Н., Семигіна Т. Сучасні підходи до соціальної роботи з людьми похилого віку // Соціальна політика і соціальна робота. – 2005. - № 1.
6. Крайг Г. Психология развития. – СПб: Питер, 2001. – 753 с.
7. Пузырьов О. З досвіду роботи Севастопольського терцентру // Соціальний захист. – 2003. - № 2. – С. 36-40.
8. Соціальна робота як професійна діяльність. Вип. 3. Форми і методи соціальної роботи з людьми похилого віку /Упор. Т. Семигіна, Н. Кабаченко. – К.: Київ. ін-т соціальних та общинних працівників, 2002. – 24 с.
9. Соціальна робота. В 3-х ч. – Ч.3. Робота з конкретними групами клієнтів / За ред. Т. Семигіної, І. Григи. – К.: Києво-Могилянська академія, 2004. – С. 7-20.
10. Соціальні послуги на рівні громади: український досвід та перспективи / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Гурт, 2005.
11. Харвен Т.К. Последний этап: исторические аспекты зрелости и старости // Социальная геронтология: современные исследования. – М.: РАН ИНИОН, 1994.
12. Холостова Е.И. Стратификация возраста и активное старение // Психология зрелости и старения. – 2003. - № 4. – С. 17-25.
13. Что мы думаем о процессе старения и старости? (По материалам Чикагской миссии). Метод. пособие. Вып. 1 / Сост. В.Ю. Приходько. – К.: КИСОР, 2003. – С. 8-9, 12-13.
14. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. – М.: ВЛАДОС, 1999. – 224 с.

## 3.2. Соціальна робота з людьми, що мають функціональні обмеження

### *3.2.1. Сучасні уявлення про інвалідність*

Фіксуючи основні принципи демократичного устрою громадянського суспільства, Організація Об'єднаних Націй у 1975 році прийняла Декларацію про права інвалідів. У цьому документі зазначено, що інвалід – будь-яка особа, яка не може самостійно забезпечити повністю чи частково потреби нормального особистого та (чи) соціального життя у зв'язку з наявністю недоліку, вродженого чи набутого, її фізичними та розумовими можливостями.

Упродовж останніх 20 років у більшості країн Європи замість терміна „інвалід” вживають вираз „людина з функціональними обмеженнями” або „людина з обмеженими можливостями”. В українській літературі також поширеними є поняття “людина з особливими потребами”, “неповносправна людина”.

У рекомендаціях 44-ої сесії Парламентської Асамблеї Ради Європи від 5 травня 1992 року інвалідність визначено як обмеження в можливостях, обумовлені фізичними, психологічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими бар'єрами, котрі не дозволяють людині, яка має інвалідність, бути інтегрованою до суспільства і брати участь в житті сім'ї чи суспільства на таких самих засадах, що й інші члени суспільства. Тому суспільство зобов'язане адаптувати існуючі в ньому стандарти до особливих потреб людей, які мають інвалідність, щоб вони могли жити належним життям.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), слід розмежовувати:

- *дефект* як втрату психічної, фізіологічної/ анатомічної структури чи функції, або відхилення від неї;

- *інвалідність* як обмеження чи відсутність (внаслідок дефекту) здатності здійснювати ту чи іншу діяльність таким чином чи в таких межах, які вважаються нормальними для людини;

- *непрацездатність* як стан обмеженості конкретного індивіда, спричинений дефектом чи інвалідністю, що перешкоджає чи позбавляє його можливості виконувати роль, визнану цим індивідом нормальною, залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів; непрацездатність визначається стосунками між людиною, що має функціональну обмеженість, та навколишнім середовищем і виявляється при зіткненні інвалідів з фізичними і соціальними бар'єрами, які перешкоджають їх доступу до різних

сфер життя, доступних іншим членам суспільства”.

Кожен десятий житель Землі має функціональні обмеження, багато в чому залежить від засобів пристосування. Але відмінності у різних країнах достатньо відчутні. Так, в Україні офіційно зареєстровані і такі, що стоять на обліку, інваліди становлять приблизно 6% населення, в США – майже п'яту частину всіх жителів. Це пов'язано, звичайно, не з тим, що громадяни нашої країни значно здоровіші за американців. Зі статусом інвалідності в Україні пов'язані певні соціальні пільги та привілеї. Звісно, особи з обмеженими можливостями прагнуть отримати офіційний статус інвалідності з його пільгами, суттєвими в умовах дефіциту соціальних ресурсів, тоді як держава встановлює жорсткі умови набуття статусу інваліда.

Незважаючи на все більш вражаючі успіхи медицини, чисельність інвалідів не тільки не скорочується, але неухильно зростає, причому практично в усіх типах суспільств і всіх соціальних групах населення. В основі настання інвалідності – багато різноманітних чинників. Причини, що призводять до інвалідності, можна поділити на дві загальні групи – соціальні та біологічні. Потрібно враховувати, що такий поділ є умовним, і в дійсності ці причини взаємообумовлені, тому відокремити їх одну від одної досить важко.

До соціальних причин належать: зубожіння населення; каліцтва, отримані внаслідок військових конфліктів, професійної діяльності, аварій; погіршення екологічної ситуації. До біологічних причин належать: хвороби, в тому числі інфекційні захворювання; генетичні аномалії: це можуть бути хромосомні порушення, погіршення обміну речовин батьків, особливо матері, або дитини, вроджена патологія; до – і післяпологові травми, ускладнення при пологах; старіння людини. Відповідно до часу появи обмеження є вродженими або такими, що з'являються впродовж життя.

Труднощі людини, яка стала інвалідом внаслідок виробничої травми чи професійного захворювання, полягають не тільки в обмеженні чи втраті працездатності, перед людиною, яка стала інвалідом в дорослому віці (а тим паче, несподівано), постає проблема появи цілого комплексу перешкод, які така людина повинна навчитись ефективно долати.

Отже, інвалідність зумовлює певні соціальні обмеження, ставить перед людиною бар'єри. Соціальні обмеження, спричинені дефектами здоров'я, мають комплексний характер і тому особливо важко піддаються компенсації. В першу чергу можна говорити про фізичне обмеження, чи ізоляцію людини, - це обумовлено чи фізичними, чи сенсорними, чи психічними недоліками, які заважають їй самостійно пересуватись та / чи орієнтуватись у просторі. З іншого боку, фактори зовнішнього середовища можуть

поглибити чи, навпаки, компенсувати вплив цих індивідуальних недоліків. В цьому аспекті прийнято говорити не тільки про безбар'єрне середовище для інваліда, але також про доброзичливе чи недоброзичливе середовище. Це обмеження тягне за собою велику кількість наслідків, які ускладнюють становище людини з інвалідністю і вимагають проведення спеціальних заходів, що усувають просторову, транспортну, побутову ізоляцію такої людини, емоційну депривацію та забезпечують можливість трудової адаптації.

Другий бар'єр – це трудова ізоляція людини з особливими потребами: через свою ваду така людина має обмежений доступ до робочих місць або не має його зовсім. В деяких випадках інвалід абсолютно не здатний до трудової діяльності, навіть найпростішої. Однак в інших ситуаціях інвалідам надаються (чи є гіпотетично доступними) робочі місця, які не потребують високої кваліфікації, передбачають монотонну, стереотипну працю і невисоку заробітну плату. Таке становище обумовлене не тільки (чи не стільки) обмеженістю їх індивідуальних фізичних чи інтелектуальних ресурсів, скільки нерозвиненим характером ринку праці для осіб з обмеженою мобільністю. В сучасних економічних умовах роботодавці розглядають адаптацію робочих місць для таких людей як не вигідну і небажану.

Третім бар'єром в житті інвалідів є малозабезпеченість, яка є наслідком соціально-трудових обмежень: ці люди вимушені існувати чи на невисоку зарплатню, чи на соціальну допомогу (яка теж не може бути достатньою для забезпечення гідного людини рівня життя).

Важливим і таким, який важко подолати, бар'єром для людини з обмеженими можливостями є просторово - середовищний бар'єр. Навіть у випадках, коли така людина має засоби пересування (протез, візок, спеціально обладнаний автомобіль), сама організація жилого середовища і транспорту не є поки що доброзичливою до неї. Не вистачає обладнання і пристосувань для побутових процесів, самообслуговування, вільного пересування.

Іншою перешкодою для людей з обмеженими можливостями є інформаційний бар'єр, який має двосторонній характер. Інваліди обмежені в отриманні інформації як загальної, так і такої, що їх безпосередньо стосується (детальні відомості про їхні функціональні порушення, про заходи державної підтримки людей з інвалідністю, про соціальні ресурси їх підтримки, про наявні соціальні послуги для них). З іншого боку, існує інформаційний бар'єр, який відгороджує суспільство від інваліда: особам з обмеженими можливостями значно важче презентувати свої погляди і позиції, донести до

суспільства свої потреби та інтереси. Тому можуть виникати викривлені уявлення про потреби інвалідів, особливості їх особистості. На основі таких викривлень виникають і фобії, що ускладнює комунікацію між інвалідом та соціумом.

Емоційний бар'єр також є двостороннім, тобто він може складатись з неконструктивних емоційних реакцій оточуючих стосовно людини з обмеженими можливостями - цікавості, насмішки, ніяковості, почуття провини, гіперопіки, страху і т. д. – і фруструючих емоцій такої людини: жалість до себе, недобррозичливість по відношенню до оточуючих, очікування гіперопіки, прагнення звинуватити когось у своєму дефекті (що особливо актуально в ситуації, коли людина стала інвалідом внаслідок травми на виробництві), прагнення до ізоляції і т. д. Такий комплекс ускладнює соціальні контакти в процесі взаємовідносин людини з інвалідністю та її соціального середовища. І сама людина з обмеженими можливостями, і її найближче оточення гостро потребують того, щоб емоційний фон їх взаємостосунків був нормалізований.

Комплексний характер має комунікативний бар'єр, який обумовлений поєднанням дії всіх вказаних обмежень, які деформують особистість людини. Розлад спілкування, одна з найбільш складних соціальних проблем людей з обмеженими можливостями, є наслідком і фізичних обмежень, й емоційної захисної самоізоляції, і випадання з трудового колективу, і дефіциту звичної інформації. Тому закономірно, що відновлення нормальних для віку і соціального статусу комунікацій є однією з найбільш навантажених цілей соціальної реабілітації осіб з інвалідністю.

Наслідком багатьох функціональних порушень є обмеження життєдіяльності в сфері самообслуговування та пересування. Здатність до самообслуговування – здатність самостійно задовольняти основні фізіологічні потреби, виконувати щоденну побутову роботу і навички гігієни. Здатність до самостійного пересування – здатність самостійно пересуватися у просторі, долати перешкоди, зберігати рівновагу тіла в межах побутової, громадської, професійної діяльності, що здійснюється.

Суспільства, в яких людей із функціональними обмеженнями відправляли до стаціонарних закладів, а не створювали їм можливості для інтеграції з суспільством, навіть елементарного безбар'єрного пересування не передбачали (а Україна належала саме до таких суспільств), схильне сприймати інваліда крізь призму негативних стереотипів. Значна кількість людей звикла ставитися до них упереджено, вважаючи інвалідів непрацездатними, неспроможними, ні на що не придатними. Людям з обмеженими можливостями приписували й приписують негативні чи міфічні риси характеру, від них очікують певної незвичної поведінки, їх побоюються. Все це принижує людину, якій доводиться жити з інвалідністю.

### 3.2.2. Загальні підходи та принципи соціальної роботи

У суспільній практиці виділяють так звані моделі інвалідності - варіанти концептуально-практичних підходів до розуміння інвалідності, взаємовідносин інваліда і суспільства, меж і можливостей соціальної реабілітації та інтеграції інвалідів.

Розрізняють такі моделі, як *медична, соціальна, політико-правова, модель з позицій культурного плюралізму*.

**Медична модель інвалідності** розглядає інвалідність як захворювання, постійний або тимчасовий фізіологічний, психологічний, анатомічний дефект і визначає групу інвалідності, виходячи зі ступеня втрати працездатності. Основним методом розв'язання проблем інвалідності з погляду цього підходу є *медична реабілітація і трудотерапія*.

**Соціальна модель** розглядає інвалідність як обмежене соціального функціонування та життєдіяльність в рамках збереження інвалідом здатності соціально функціонувати. Розв'язання проблем інвалідності сконцентровано на створенні системи соціальних послуг, спрямованих на забезпечення соціальної адаптації. Згідно з цією моделлю, розробка якої почалася ще у 1970-ті роки, визначальна роль в обмеженні повноправного функціонування людини в суспільстві належала її оточенню. Під інвалідністю розуміють тепер стан, спричинений не фізичним, психічним або розумовим порушенням людини, а взаємодією із середовищем, непристосованим до її можливостей. А відновлення працездатності нова концепція інвалідності пов'язала зі створенням альтернативних соціальних об'єктів, пристосованих до її потреб, засобів, що надавали б їй можливість вести максимально повноцінне суспільне життя. Це означало якісно новий підхід до розв'язання проблем функціонування в суспільстві людини з функціональною обмеженістю.

**Політико-правова модель** трактує інвалідність як обмеження в можливостях і розглядає людей з інвалідністю як меншість, яка має право на рівність і свободу. Рівність участі у всіх аспектах життя суспільства і свобода вибору для цієї групи людей повинна реалізовуватися через законодавчо закріплені права, стандартизацію положень і правил, доступність архітектурного середовища, розвиток відповідної інфраструктури, зміну суспільної свідомості.

**Модель інвалідності з позицій культурного плюралізму** який розглядає людину з т.з. її унікальності як особистості, яка має позитивне значення для розвитку суспільства. Інвалідність трактують як культурну відмінність нарівні із неоднаковістю за кольором шкіри, віросповіданням, традиціями. В суспільстві для кожного члена, включаючи й людей з функціональними обмеженнями, повинні бути створені рівні умови для розвитку і

реалізації потенційних здібностей і талантів.

Зараз в Україні відбувається перехід від суто медичного підходу щодо розуміння інвалідності до соціальної моделі, а в межах якої реабілітація людини з обмеженими можливостями розглядається як відновлення не лише працездатності, а й усіх соціальних функцій людини.

Прийнято говорити про такі принципи соціальної роботи з людьми, які мають функціональні обмеження:

- якомога ранній початок здійснення реабілітаційних заходів;
- безперервність і поетапність їх проведення;
- комплексний характер реабілітаційних програм, з урахуванням їхніх медичних, педагогічних, психологічних, професійних, соціально-побутових, технічних аспектів;
- індивідуальних підхід до визначення характеру і направленості реабілітаційних заходів, що ґрунтується на координації роботи спеціалістів різного профілю (лікарів, педагогів, психологів, соціальних працівників, логопедів, терапевтів, реабілітологів, техніків із протезування, спеціалістів з профорієнтації тощо).

Соціальна робота з особами із функціональними обмеженнями повинна бути орієнтованою на цінності, проголошені країнами Європи провідними у ставленні до людей з неповносправністю, у зв'язку з проведенням у 2003 році Року людей з інвалідністю:

- Всі рішення щодо людей з інвалідністю - лише за їх участі.
- Громадяни з інвалідністю мають такі самі права, як і інші громадяни.
- Люди з інвалідністю прагнуть рівних можливостей, а не благодійності.
- Створення суспільства для всіх.
- Повноваження та емансипація – контроль над власним життям, власні рішення і власний вибір.
- Повна рівність та участь в усіх сферах життя.
- Люди з інвалідністю - активні громадяни.
- Середовище повинне бути доступним.
- Незалежне/автономне проживання.
- Повага до різноманітності.

Соціальну роботу з людьми, які мають обмеження, здійснюють з позицій забезпечення “рівних можливостей”, нормалізації та інтеграції.

Терміном “**рівні можливості**” позначають процес, унаслідок якого різні соціальні інститути є доступними для кожного у задоволенні своїх потреб у звичайній системі

освіти, охорони здоров'я, зайнятості та в соціальних послугах.

Термін **“нормалізація”** стосується всіх сфер унормованого життя суспільства, можливості залучення до емоційних, соціальних та інших стосунків з іншими членами суспільства, можливості для особистого зростання та оплачуваної роботи, брати участь у прийнятті рішень, що стосуються власного життя. Нормалізація (соціальна валоризація) - принцип організації соціальної роботи, який ґрунтується на переконанні, що перебування в установах закритого типу небажане для людей із будь-яким типом патології, що майже всі особи, навіть зі стійкими вадами, можуть і повинні мати якомога нормальніше і повноцінніше життя у спільноті, отримуючи необхідну їм для цього індивідуальну підтримку.

Термін **“інтеграція”** означає ступінь, до якого людина відчуває належність до соціальної групи або громади через прийняття їхніх норм, цінностей, вірувань. Інтеграцію у суспільство у сучасній соціальній роботі пов'язують зі створенням альтернативних соціальних об'єктів, пристосованих до її потреб, засобів, що надавали б їй можливість вести максимально повноцінне суспільне життя. Це означало якісно новий підхід до розв'язання проблем функціонування в суспільстві людини з функціональною обмеженістю. У визначенні реабілітаційних заходів важливим є перехід від застосування методів медичних до абілітаційних, навчальних, адаптаційних, які справді сприяють інтеграції.

### ***3.2.3. Методи і технології соціальної роботи***

1982 року Організація Об'єднаних Націй ухвалила Всесвітню програму дій стосовно інвалідів, яка передбачала такі напрями діяльності, як:

- раннє виявлення, діагностика і втручання;
- медичне обслуговування;
- консультування і надання допомоги в соціальній сфері;
- підготовка до самостійного індивідуального догляду, незалежного способу життя;
- забезпечення допоміжними технічними засобами, засобами пересування, соціально-побутовими пристосуваннями та ін.;
- спеціальні послуги в сфері освіти;
- послуги з відновлення професійної здатності (включаючи професійну орієнтацію, професійно-технічну підготовку, працевлаштування).

Завданнями соціального працівника є створення умов, які сприятимуть самоактуалізації клієнта, якомога повнішому його включенню до соціального життя.



огляду на це соціальна робота з людьми, які мають функціональні обмеження, може включати:

- соціально-психологічну та педагогічну допомогу,
- соціальну адаптацію (пристосування з використанням резервних компенсаторних здібностей);
- соціальну реабілітацію (відновлення, активізацію діяльності клієнта).

Щодо форм і методів соціальної роботи з людьми з обмеженою мобільністю, то мова насамперед ведеться про **реабілітацію** таких людей. За визначенням ВООЗ 1986 року, реабілітація – це “комбіноване і скоординоване застосування медичних, соціальних, освітніх і професійних заходів для підготовки чи перепідготовки непрацездатної особи для діяльності на максимально високому рівні”. У “Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів”, ухвалених 1993 року резолюцією ООН, реабілітацію визначено як “процес, що має за мету допомогти інвалідам досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного та/або соціального рівня діяльності та підтримувати його, надавши їм тим самим засоби для зміни життя і розширення меж їхньої діяльності. В обох формулюваннях підкреслено комплексний характер реабілітаційних заходів і разом з тим активну позицію самого інваліда у процесі його залучення до нормального соціального функціонування. У такому сучасному тлумаченні „реабілітація” втрачає значення „відновлення функцій” і збігається з поняттям „абілітації”, тобто створення можливості для розв’язання людиною своїх проблем. До того ж, цей процес повинен бути комплексним, доступним, послідовним, безперервним.

Законодавство України передбачає досить широкий спектр соціальних послуг клієнтам соціальної роботи, зокрема, людям з обмеженою мобільністю як особливо незахищеній соціальній групі. У межах цих послуг слід відзначити такі форми та методи соціальної роботи з людьми з обмеженою мобільністю, як:

- організація центрів соціальної реабілітації та адаптації. Головна мета діяльності таких центрів – формування елементарних умінь, сприяння розвитку навичок самообслуговування, самостійної побутової діяльності, виявлення особистісних здібностей кожного клієнта, сприяння його адаптації і повній інтеграції до суспільства;
- збір і систематизація банків даних щодо дітей та дорослих з обмеженою мобільністю;
- індивідуальна робота (консультації з навчання і працевлаштування, вирішення юридичних питань з прав та пільг, медико-соціальна та психолого-педагогічна допомога, телефонне консультування);

- групова робота (клуби за інтересами для дітей та дорослих з обмеженою мобільністю, членів їхніх сімей), тобто відбувається здійснення психолого-корекційної роботи, проведення тренінгів, семінарів, бесід, диспутів, круглих столів, екскурсій, змагань тощо;

- спеціалізовані служби знайомств для людей з обмеженою мобільністю;

- консультативні пункти, клуби спілкування та взаємодопомоги батьків дітей з обмеженою мобільністю, членів сімей дорослих осіб з обмеженою мобільністю, просвітницькі курси для родичів таких людей;

- організація масових заходів (конкурсів, фестивалів, виставок, концертів, добродійних акцій);

- оздоровлення;

- сприяння навчанню та працевлаштуванню.

На державному рівні основними формами надання соціальних послуг людям з обмеженою мобільністю є матеріальна допомога та соціальне обслуговування. Хоча діяльність держави, згідно з Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», мала б бути ширшою й полягати в створенні правових, економічних, політичних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посильній трудовій та громадській діяльності.

Для того, щоб людина з обмеженою мобільністю почувалася незалежною, їй необхідно мати професію і роботу. В Україні *професійна реабілітація* таких людей включає: медико-соціальну експертизу (здійснюється медико-соціальною експертною комісією), професійну орієнтацію, підготовку (навчання) таких людей до професійної діяльності, підготовку виробництва до використання праці інвалідів та заходи щодо їх працевлаштування, динамічне спостереження і контроль за раціональністю працевлаштування, успішністю соціально-трудової адаптації інвалідів та заходи з оптимізації соціально-професійної адаптації людей з обмеженою мобільністю на виробництві (здійснюється створеним у 2001 році Всеукраїнським центром професійної реабілітації інвалідів, місцевими центрами професійної реабілітації, Фондом соціального захисту інвалідів). Усі ці складові мали б бути взаємопов'язані, що не завжди спостерігається на нинішньому етапі.

Сфера професійної реабілітації та *працевлаштування* людей з обмеженою мобільністю поки що недостатньо розвинута в нашій країні. Держава пропонує людям з обмеженими можливостями переважно робітничі професії, які не потребують глибоких

знань (хоча ситуацію вже дещо виправляє Університет «Україна», який надає можливість людям з обмеженими можливостями здобути вищу освіту), передбачають монотонну й низькооплачувану працю. Звичайно, громадські організації в змозі запропонувати нові підходи до процесу професійної реабілітації людей з обмеженою мобільністю та скласти серйозну конкуренцію державній системі надання послуг у цій сфері. Однак вони поки що не надто переймаються саме цим напрямом роботи.

З точки зору створення оптимальних умов для реабілітації та інтеграції інвалідів до соціуму важливим є надання їм можливості відчувати свою незалежність, значимість і корисність для оточуючих та суспільства. В останні роки в Україні сформувалась розгалужена мережа громадських організацій людей з обмеженими можливостями, які представляють інтереси своїх членів в органах влади (переважна більшість з них входять до складу Всеукраїнського громадського соціально-політичного об'єднання «Національна асамблея інвалідів України», яке має реальний вплив на соціальну політику щодо інвалідів в Україні), організують профільні конференції, семінари, здійснюють навчання людей з обмеженими можливостями різним професіям, забезпечують роботою та ін. В таких організаціях здебільшого використовують стратегію «рівний - рівному». На базі громадських організацій зазвичай діють реабілітаційні центри, в яких поруч з медичною здійснюється соціальна та психологічна реабілітація інвалідів.

Відомо, що люди з обмеженими можливостями схильні компенсувати наявні фізичні вади за допомогою творчості: *участі в колективах художньої самодіяльності*, складанні віршів, написанні картин та ін. Зокрема, в межах проведення в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю, на державному рівні здійснювались окремі заходи для виявлення творчих здібностей інвалідів – вперше була проведена Всеукраїнська акція «Зорі надії», організовано конкурс творчості «Струни душі», відбувся Всеукраїнський фестиваль творчості осіб з обмеженими можливостями. В Києві, наприклад, діє спортивно-танцювальний клуб «Березіль», учасниками якого є люди, що пересуваються на візках.

Доволі поширеним та таким, що має величезний терапевтичний ефект, є *створення творчих майстерень* при громадських організаціях людей з особливими потребами. Є в нашій країні й громадські організації інвалідів, діяльність яких спрямовано саме на реабілітацію людей з обмеженими можливостями засобами мистецтва. Наприклад, Дніпропетровське обласне об'єднання інвалідів «Творчість» (засновники та члени організації – люди з особливими потребами, причому, значна частина з них – люди з обмеженою мобільністю), на базі якої створено культурний центр соціально-психологічної реабілітації та творчості. В складі центру – жіночий хор «Шанс», який посів

призове місце на міжнародному фестивалі «Від Різдва до Різдва», ансамбль «Струни серця», який здійснює активну концертну діяльність і є відомим в Дніпропетровській області та за її межами, поети, художники, картини виставлялись за кордоном.

Значних успіхів в процесі реабілітації людей з обмеженою мобільністю досягли й організації, які надають *послуги таким людям у сфері фізкультури і спорту*. Зокрема, в м. Євпаторія діє Національний центр параолімпійської та дефлімпійської підготовки та реабілітації інвалідів, створений відповідно до Указу Президента України. У доцільності функціонування такого закладу сумнівів немає, адже наша команда спортсменів на параолімпійських іграх стабільно демонструє або найкращий, або майже найкращий результат у світі. Фізкультурно-спортивні клуби інвалідів, зокрема тих, що мають обмежену мобільність, ліють у багатьох регіонах України. Наприклад, у м. Сарни (Рівненська область) діє громадське об'єднання “Повір у себе”, де 80 осіб мають змогу займатися різними видами спорту, а також подавати приклад, чого можна досягнути в житті, не зважаючи на свої захворювання.

Активно впроваджуються новітні, як для України, підходи до комплексної реабілітації. Зокрема, іпотерапія – цікава методика реабілітації дітей та дорослих з обмеженою мобільністю. В Україні про лікувальну їзду верхи почали говорити в 1970 – х роках, коли батьки дітей, хворих на ДЦП, дізнавшись про позитивний досвід застосування іпотерапії за кордоном, шукали місця, де б можна було покатати дитину на коні. Тоді це були поодинокі аматорські спроби застосування іпотерапії.

1994 року було утворено групу, яка складалась з п'яти дітей, хворих на ДЦП, з якими проводили заняття за методикою іпотерапії. Приміщення, коней та інструкторів-реабілітологів було надано Центром, який потім став основою благодійної організації «Благодійний Фонд Олени Петрусевич». За 10 років діяльності Центру річний реабілітаційний курс пройшли понад тисячу дітлахів. Деякі діти проходять і 3-5 – річні курси реабілітації.

Зараз до груп занять за методикою іпотерапії отримують направлення велика кількість дітей з Києва та Київської області, а також з усієї України, чергу бажаючих пройти курс реабілітації розписано на 2-3 роки заздалегідь. Послуги надаються безкоштовно. Загалом, надання реабілітаційних послуг за методикою іпотерапії є надзвичайно актуальним. Громадські організації, зацікавлені в наданні таких послуг, мають широке поле для діяльності: адже їх можна надавати як дітям з вадами опорно-рухового апарату, так і дорослим, можливе сполучення іпотерапії з іншими реабілітаційними методиками (наприклад, використання терапевтичного ефекту від

догляду клієнтів за кіньми). Цінність цієї методики – в поєднанні медичної реабілітації з соціальною та психологічною (знижується рівень тривожності, поява відчуття власних сил і можливостей тощо), в тому, що користувачі такої послуги отримують від неї крім терапевтичної користі ще й величезне задоволення, намагаються відвідувати всі заняття.

Соціальне функціонування людини, що має набуту інвалідність, здійснюється на зниженому рівні у зв'язку з обмеженням життєдіяльності, втратою вольових ресурсів, психологічною надломленістю. В інваліда формується специфічний образ “Я”, специфічне ставлення до себе та оточуючих, відбувається боротьба: хвороба й особистість, хвороба й інтелект, хвороба й емоції, хвороба й оточення. Нерідко виникає невротичний стан, патологічний розвиток особистості. Наведені психологічні проблеми пов'язані з тим, що людина не має достатнього рівня опанування навичками життя з інвалідністю, невмінням адаптуватись в навколишньому світі за нових умов та ін. Такі проблеми можна вирішувати за допомогою різних методів соціальної роботи – консультування, бесіди, гри, різних видів групової роботи, тренінгів.

Тренінгові методики є доволі ефективним засобом роботи з групами, оскільки сприяють підвищенню активності та розкриттю учасників, отриманню зворотного зв'язку від членів групи, творенню атмосфери довіри, щирості та конфіденційності того, що відбувається в групі. Розробляючи програму тренінгів для людей з особливими потребами, потрібно враховувати такі характеристики: час настання інвалідності; характер реакції на інвалідність (емоційна, когнітивна, поведінкова); тяжкість порушень (діапазон обмежень, спричинених травмою); рівень інтелектуального та емоційного розвитку; дотримання логічної послідовності тренінгових занять.

Доцільність використання соціально-психологічних тренінгів для реабілітації людей, які стали інвалідами внаслідок травми на виробництві, (на прикладі реабілітації потерпілих в аварії шахтарів) демонструють результати дослідження проведеного у Луганську на базі кризового центру з реабілітації шахтарів. У ході дослідження було здійснено психокорекційні заходи за техніками, запозиченими з методів гештальт-терапії, психодрами, нейролінгвістичного програмування, приділялась увага і технікам пробачення. Було з'ясовано, що соціально-психологічні тренінги, які проводяться з врахуванням індивідуальних особливостей особистості, сприяють реабілітації людей, що отримали травму на виробництві. Одним із найважливіших аспектів групової чи індивідуальної роботи з людиною, яка стала інвалідом внаслідок травми на виробництві, є прийняття себе у нових умовах, «пробачення» «винних» (роботодавець, держава, сім'я, сама людина, весь навколишній світ, власне, сама фізична вада), навчання жити з

інвалідністю, жити, а не існувати.

Оскільки частина людей із функціональними обмеженнями не в стані самостійно вирішувати свої проблеми в певних закладах, то соціальним працівникам доводиться займатися *представництвом інтересів* (адвокацією).

Соціальні працівники також мають приділити увагу й найближчому соціальному оточенню. *Робота з сім'ями* людей, які мають розлади здоров'я, передбачає:

- підтримку членів сім'ї, укріплення її ресурсів,
- розширення можливостей у виконанні функції догляду за хворим родичем,
- полегшення тягаря, який несуть сім'ї, що здійснюють догляд хворого родича,
- зменшення або модифікацію внутрішньосімейних стресових чинників, які можуть спровокувати рецидив хвороби.

Дослідження показують, що переважна більшість інвалідів потребують розуміння та підтримки в сім'ї і знаходять їх. Недостатня увага з боку близького оточення справляють негативний вплив на самопочуття інвалідів. Позиція інваліда в сім'ї багато в чому визначається атмосферою, що панує в родині. Якщо він відчуває любов близьких, оточений розумною увагою і ненав'язливим піклуванням, то така емоційна обстановка сприятливо впливає на його ставлення до сім'ї і, в якійсь мірі, до людей взагалі. І навпаки, відчуття покинутості, непотрібності в сім'ї призводить до негативного ставлення до неї, породжує черствість, егоїзм, замкненість, озлобленість у відношенні до оточуючих, особливо "здорових" людей.

Важливий аспект роботи з інвалідами – *забезпечення доступу до громадських закладів*, обстоювання їхніх інтересів щодо впровадження безбар'єрної архітектури, забезпечення візками та іншим реабілітаційним обладнанням, навчання користуватися ним. Впродовж останніх років певні зусилля в цьому напрямі робилися як державними, так і недержавними організаціями соціальної сфери. Підсумком цієї роботи став указ Президента України від 1 червня 2005 р., в якому системно визначені напрями вирішення проблеми реабілітації та доступності інвалідів до інфраструктури міст.

У деяких випадках – доцільне *переобладнання помешкання людини* з функціональними обмеженнями, що дозволить безперешкодно пересуватися квартирою або виконувати певні процедури з самообслуговування тим, хто пересувається на інвалідних візочках або за допомогою інших засобів.

Складовою соціальної роботи з людьми, які мають функціональні обмеження, може бути *екскортування (супровід)* до різних закладів. Наприклад, до полікліники, санаторію тощо.

Процес реабілітації людей з обмеженою мобільністю є складним. Ще складнішим він буває у випадку дітей, що мають вроджені або набуті вади опорно-рухового апарату. Обмеження фізичних можливостей дитини справляє вагомий вплив на процес її соціалізації. Як показують дослідження, у частини людей з вродженими фізичними вадами спостерігається дефіцит вторинної соціалізації внаслідок обмеженого кола її інститутів. Вона має переважно монофакторний характер. Це спостерігається в інвалідів, що мають обмеження в пересуванні, чи тих, хто не може пересуватись самостійно, має протипоказання до праці, навчальної діяльності.

#### **3.2.4. Організація надання допомоги**

У нашій країні соціальне обслуговування людей з функціональними обмеженнями здійснюється шляхом надання соціальних послуг:

- за місцем проживання особи (вдома): насамперед послуги догляду, медико-соціального патронажу;
- у стаціонарних інтернатних установах та закладах;
- у реабілітаційних установах та закладах;
- в установах та закладах денного перебування;
- в установах та закладах тимчасового або постійного перебування;
- у територіальних центрах соціального обслуговування;
- в інших закладах соціальної підтримки (догляду) [26].

Діти із функціональними обмеженнями традиційно в Україні або виховувались вдома або потрапляли до таких спеціалізованих стаціонарних закладів, як:

*будинок дитини* (дошкільний заклад системи охорони здоров'я для медико-соціального захисту дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, а також для дітей з вадами фізичного та (або) розумового розвитку від народження до трьох (для здорових дітей) та до чотирьох (для хворих дітей) років);

*дитячий будинок-інтернат* (соціально-медична установа для постійного проживання дітей віком від 4 до 18 років з вадами фізичного або розумового розвитку, які потребують стороннього догляду, побутового і медичного обслуговування);

*спеціальна загальноосвітня школа, школа-інтернат* (загальноосвітній навчальний заклад для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку).

Постановою Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2000 року прийнято «Концепцію ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів», метою якої є надання дітям-інвалідам можливості, незалежно від характеру і причин їх інвалідності, найбільшої участі

в соціальному та економічному житті шляхом оволодіння ними певним обсягом знань, умінь і навичок, розвитку їхньої особистості в умовах спеціально організованого навчально-виховного процесу, органічно поєданого з іншими формами реабілітації та інтеграції у суспільство, а також впровадження в Україні сучасної системи центрів ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів.

Проте зараз наша держава забезпечує лише той мінімум допомоги, який вона здатна забезпечити. Тому актуальною є активізація зусиль самих неповносправних осіб для задоволення власних потреб. Обов'язок держави – сприяти розвитку громадських організацій людей з особливими потребами. Зокрема, важливо передбачити розвиток таких служб у громаді, як кризові центри, центри тимчасового догляду, будинки компактного проживання, майстерні, консультаційні центри (телефони довіри), юридичні служби тощо.

Позитивним є те, що рівні можливості не лише декларуються державою та громадськими організаціями або «зразково» реалізуються винятково столиці України. Ральні спроби створення рівних можливостей для людей з обмеженою мобільністю робляться й в невеликих містах. Прикладом може слугувати діяльність Нововолинського осередку Суспільної служби України. Ця організація обслуговує преставників найбільш незахищених груп, зокрема й людей з обмеженими фізичними можливостями. Цей осередок такі здобутки, як організація пандусів до громадських закладів, закладів харчування, до будинків міської влади; тісна співпраця з Центром зайнятості для оптимізації процесу працевлаштування інвалідів та пристосування для них робочих місць (зокрема, в межах співпраці – створення в міській газеті рубрики, де постійно інформують про наявні робочі вакансії); робота з покращення матеріального забезпечення людей з обмеженими можливостями, підвищення їхньої правової культури, організація доступу громадян, особливо молоді, до інформації про діяльність та можливості громадських організацій; проведення тренінгів з правової та громадянської освіти для інвалідів під час яких 80 інвалідів пройшли правове навчання, отримали юридичні та психологічні консультації; ініціювання створення організації інвалідів «Довіра»; проведення акції «Колеса для людства», завдяки якій організація забезпечила інвалідними візками 80 неповносправних громадян міста; створення спільно з місцевою владою Медико-реабілітаційного центру для інвалідів з порушенням опорно-рухового апарату, в якому кожні три тижні безкоштовно проходять лікування та реабілітацію 11 осіб тощо.

Нововолинський осередок Суспільної служби України також започаткує роботу Клубу інвалідів, де можна поспілкуватись, отримати необхідні консультації та



психологічну допомогу, проводяться цікаві зустрічі. Члени Клубу можуть користуватися спеціалізованими періодичними, бібліотекою з правової тематики, отримувати інформаційно-консультаційні послуги та юридичну, гуманітарну допомогу тощо.

Отже, в Україні сформувалась пенна система соціального захисту людей з обмеженою мобільністю, зокрема, дітей, надається відносно широкий спектр соціальних послуг людям з вадами опорно-рухового апарату. Активно діють громадські організації батьків таких дітей, ці громадські організації створюють власними зусиллями реабілітаційні центри та спеціалізовані заклади для дітей та батьків. Однак надання соціальних послуг людям із проблемами опорно-рухового апарату потребує вдосконалення. Доцільним є, зокрема, територіальне наближення послуг до клієнтів, надання послуг дітям з як можна більш раннього періоду та ін. Є потреба у впровадженні нових підходів, методик, а також у розширенні мережі громадських організацій, які надають соціальні послуги людям з обмеженою мобільністю.

### ***3.2.5. Приклади діяльності соціальних служб***

**Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів.** Провідним закладом у здійсненні завдань професійної реабілітації інвалідів є державна соціальна установа - Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів (ВЦПРІ) Міністерства праці і соціальної політики України.

Основними завданнями центру є професійна реабілітація людей з особливими потребами, розробка, науковий супровід та впровадження нових реабілітаційних технологій, підвищення кваліфікації фахівців, надання інформаційно-консультативних послуг як особам з інвалідністю, так і громадським організаціям інвалідів, координація роботи регіональних центрів професійної реабілітації інвалідів тощо. Розташований заклад у Київській обл. І на базі реконструйованого санаторію «Лютіж» за стандартами і принципами безбар'єрності, тобто все (житлові кімнати, навчальні класи та майстерні, клуб, їдальня, медико-оздоровчі споруди і побутові приміщення, каплиця) максимально пристосовано до потреб людей з обмеженими можливостями. Обстановка спрямована на те, щоб кожен, відповідно до стану здоров'я та функціональних можливостей, міг зосередити свої зусилля на оволодінні знаннями та професійними навичками.

Серед професій, що пропонуються клієнтам Центру для опанування – оператор комп'ютерного набору, секретар керівника організації, підприємства, установи, соціальний працівник, вишивальниця, слюсар з ремонту автомобілів, перукар та ін. (терміни навчання – чотири-шість місяців) і подальшої зайнятості, духовного розвитку.

Персонал Центру супроводжує процеси навчання, проживання, дозвілля слухачів, які, спілкуючись у колективі, навчаються також узгоджувати з оточуючими свої інтереси та прагнення, стають активними учасниками художньої самодіяльності, проводять концерти, виставки, конкурси та дискотеки. Особам, які пройшли професійну реабілітацію і здобули професію, Центр видає свідоцтво державного зразка про присвоєння робітничої професії. У Центрі професійна підготовка людей з обмеженими можливостями здійснюється також за модульними навчальними програмами, розробленими і переданими Проектом ПР ООН/МОП «Впровадження гнучких програм професійного навчання для безробітних». Фінансування професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями у Центрі здійснюється за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів та Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України. Повторно пройти професійну реабілітацію в Центрі за рахунок державного бюджету особа з обмеженими фізичними можливостями може лише за висновком МСЕК. Зарахування інвалідів до Центру за рахунок юридичних чи фізичних осіб здійснюється на основі контракту.

Розвиток Центру як провідного координуючого національного закладу в сфері професійної реабілітації інвалідів передбачає постійний обмін між усіма інституціями системи професійної реабілітації (професійної орієнтації, здобуття людиною професії, її працевлаштування, створення оптимальних умов для професійної діяльності на робочому місці та на місці роботи) – службами зайнятості, органами праці та соціального захисту населення, Фондом соціального захисту інвалідів, медико-соціальними експертними комісіями, Держкомітетом з нагляду за охороною праці та громадськими організаціями інвалідів.

У рамках реалізації Національної програми реабілітації Центром налагоджено співпрацю з Міністерством освіти та науки, Академією праці та соціальних відносин. З Відкритим міжнародним університетом розвитку людини «Україна» відпрацьовуються методології навчального процесу, адаптованого до можливостей та здібностей інвалідів, процедури відбору здібних слухачів, які пройшли навчання в Центрі, для продовження освіти в університеті, визначаються нові професії та спеціальності, послуги зі здобуття яких будуть надаватися, з урахуванням нозології та групи інвалідності, потреб ринку праці.

Створення Всеукраїнського центру професійної реабілітації інвалідів дало початок формування цілісної системи професійної реабілітації осіб з особливими, зокрема тих, хто став інвалідом унаслідок нещасного випадку на виробництві.

### **Львівське обласне відділення Українського фонду «Реабілітація інвалідів».**

Цільовою групою діяльності цієї організації та її членами є люди з обмеженою мобільністю, а саме так звані «спинальники» - люди, які отримали травму хребта.

З-поміж програм, які реалізуються «Реабілітацією інвалідів», - програма першого контакту. Її завдання – демонстрація людині, яка отримала діагноз «спинальник», ще в лікарняних стінах, що і з таким діагнозом можна жити, і жити незалежним життям, не будучи тягарем для рідних та суспільства. До такої людини приїжджають на інвалідних візках активісти «Реабілітації інвалідів» для встановлення контакту, знайомства та емоційної підтримки.

Після виходу з лікарні люди, які внаслідок травми хребта змушені були сісти в інвалідний візок, мають змогу пройти курс реабілітації та навчання в таборі активної фізичної реабілітації фонду «Реабілітація інвалідів». У ньому навчають навичкам самообслуговування в нових для них умовах, а також як пересуватись на візку та покращити свою фізичну підготовку. За 12 днів перебування у таборі група у складі до 30 осіб проходить навчання за такими дисциплінами, як: важка атлетика; навчання їздити на візку, долати перешкоди, зокрема, архітектурні; стрільба з луку; настільний теніс. У таборі влаштовуються дискотеки, що сприяє як вдосконаленню фізичної форми спинальників та навичок віртуозного пересування на інвалідному візку, маневрування між перешкодами, так і емоційному розвантаженню, влаштуванню змістовного дозвілля таких людей. Як засіб психологічної реабілітації використовується виїзд групи, що проходить навчання в таборі, на екскурсію по місту: якщо одна людина з обмеженою мобільністю пересувається містом, в неї наявне відчуття, що на неї всі дивляться, а коли поруч багато людей зі схожими проблемами, то людина почувається затишно, в неї знижується рівень тривожності, зникає страх вулиці.

Методику діяльності таких таборів активної фізичної реабілітації розроблено в Швеції. «Реабілітація інвалідів» перейняла у шведів цей корисний досвід і впроваджує його в Україні з 1992 року. Зараз табір розташований в Криму, в курортній зоні, що надає перебуванню в таборі рис активного відпочинку.

При «Реабілітації інвалідів» працює майстерня з ремонту візків, ремонт здійснюють самі люди з обмеженою мобільністю, що має терапевтичний ефект трудотерапії, а також поглиблює в цих людях відчуття незалежності, здатності самостійно вирішувати певні свої проблеми.

Львівське обласне відділення Українського фонду «Реабілітація інвалідів» займається також програмами з доступності людей з обмеженою мобільністю до об'єктів

соціальної інфраструктури. Ця організація ґрунтовно вивчила стандарти доступності до об'єктів житлового та громадського призначення для людей з особливими потребами, а також ситуацію з дотримання цих стандартів у нашій країні. За результатами дослідження видано методичний посібник.

У 2002-2003 роках Львівське обласне відділення Українського фонду «Реабілітація інвалідів», спільно з громадською організацією «Надія» (яка займається реабілітацією дітей з ДЦП) й організацією, яка представляє інтереси людей з розсіяним склерозом, а також з університетом «Львівська політехніка», реалізували проект «Реформування соціальних служб в Україні». В межах проекту на базі університету створено ресурсний центр з проблематики реабілітації людей з обмеженими можливостями та інших аспектів діяльності соціальних служб в Україні.

**Реабілітаційний центр дітей, хворих на ДЦП «ШАНС», м. Біла Церква Київської області.** Засновниками цього дитячого оздоровчого центру є виконавчий комітет Білоцерківської міської ради і білоцерківське міське товариство дітей-інвалідів та їхніх батьків «Аюрведа». Адміністративно Центр підпорядкований міському відділу охорони здоров'я, перебуває у комунальній власності.

Головна мета діяльності Центру – дати можливість дітям з фізичними та інтелектуальними проблемами розвинути здібності і соціальні навички для більш повної інтеграції в життя суспільства за допомогою методів лікування, навчання, фізичної, психолого-соціальної реабілітації, просвітницької роботи в батьківському середовищі та підготовки персоналу, здатного виконувати роботу на високому професійному рівні.

Центр має два напрями роботи – медичний і педагогічний. Робота в медичному відділенні здійснюється згідно зі спеціальними програмами з використанням лікувальної фізкультури, масажу, фізіотерапії, рефлекторно-навантажувального костюму «Гравістат». Медичні послуги надаються сім'ям стаціонарно, амбулаторно, а також в межах консультування та спрямування до інших установ та закладів охорони здоров'я.

Педагогічне відділення у своєму складі має: дошкільну виховну групу компенсуючого типу; групи дітей (класи) старшого віку, які навчаються за системою індивідуальних занять, що здійснюють вчителі центру та загальноосвітніх шкіл міста; соціально-психологічну службу; студію «Вмілі рученята» та ляльковий театр; гуртки «Вишиванка» і «Комп'ютерні ігри». Діяльність педагогічного відділення підпорядкована відділу освіти Білоцерківської міської ради, надає освітні послуги відповідно до державної політики у галузі освіти. Центр впроваджує в навчально-виховний процес інноваційні технології в сфері освіти. Педагогічне відділення центру надає освітні послуги дітям

(дитячий садок, початкова, основна, старша школа) та на підставі рішень психолого-педагогічних консультацій і санаторно-курортних відбіркових комісій.

Одним із перших у столиці України розпочав роботу з реабілітації інвалідів – спинальників Іван Марусевич, який став фундатором **центру активної фізичної реабілітації “Відродження – АРС”**. Крім спортивних занять, центр багато уваги приділяє тим різновидам діяльності, які допомагають людям на візках почуватися рівними з усім суспільством. Так, влітку 2005 року організація впр’яте провела акцію інвалідів-візочників “Дивись на мене як на рівного”. У ній взяли участь 40 людей з функціональними обмеженнями з різних міст України, а також юристи, спортсмени, інструктори з активної реабілітації інвалідів, керівництво столиці. Виступи танцюристів на візках, показові виступи керування сучасними візками активного типу, спортивні виступи, зокрема, зі східного єдиноборства на візках мали намір не тільки продемонструвати досягнення учасників акції, а й вплинути на суспільство й владу, змінити негативні стереотипи стосовно людей із обмеженою мобільністю як німеччин калік.

---

## **Висновки**

---

1. Інвалідність визначається як обмеження в можливостях, обумовлені фізичними, психологічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими бар’єрами, котрі не дозволяють людині, яка має інвалідність, бути інтегрованою до суспільства і брати участь в житті сім’ї чи суспільства на таких самих засадах, що й інші члени суспільства.

2. Завданнями соціального працівника, котрий надає допомогу особам із функціональними обмеженнями, є створення умов, які сприятимуть самоактуалізації клієнта, якомога повнішому його включенню до соціального життя.

3. Соціальна робота з людьми, які мають функціональні обмеження, може включати: соціально-психологічну та педагогічну допомогу, соціальну адаптацію (приспосовування з використанням резервних компенсаторних здібностей); соціальну реабілітацію (відновлення, активізацію діяльності клієнта).

## **Запитання і завдання до теми:**

1. Дайте визначення поняття „людина з обмеженнями”.
2. Чому, на вашу думку, світова спільнота відмовилася від терміну „інвалід”?
3. У чому полягають перешкоди на шляху соціальної інтеграції людей із функціональними обмеженнями?
4. Охарактеризуйте сутність соціальної роботи з людьми, які мають функціональні обмеження.
5. Порівняйте форми, методи і технології, які використовують різні соціальні служби

у роботі з інвалідами.

6. Яке значення має соціальне середовище для інтеграції людини з функціональними обмеженнями? Як, на Вашу думку, можуть соціальні працівники впливати на це середовище?

7. Чому люди функціональними обмеженнями часто потребують представництва своїх інтересів? Що може зробити представник інтересів у такі ситуації: клієнтці 65 років, дорослий син (27 років) майже не виходить з дому через глибоку розумову відсталість. Нещодавно помер чоловік, і жінка стурбована майбутнім своєї дитини: якщо їй трапиться померти раптово, то сина обманним шляхом можуть позбавити житла, адже родичів чи добрих знайомих у неї немає. Вони мешкають удвох у двокімнатній квартирі, жінка готова заповісти її тому, хто гарантує пожиттєвий догляд за сином, але боїться бути ошуканою.

8. Проаналізуйте сутність професійної абілітації та реабілітації людей із різного роду функціональними обмеженнями.

### **Література:**

1. 2003 – European year for people with disabilities // European Disability Forum. - [www.edf-feph.org/en/events/year](http://www.edf-feph.org/en/events/year).
2. Авраменко М. Професійна реабілітація як механізм соціальної інтеграції інвалідів // Соціальний захист. – 2005.– № 3. – С. 31-32.
3. Акція інвалідів-спинальників. – Доступно з: <http://invasport.iatp.org.ua/movedis/037>.
4. Введення в соціальну роботу/ Семігіна Т.В. Грига І.М. та ін. – К.: Фенікс, 2001.– С. 154-155.
5. Грибальський Я., Мудрий Я. та ін. Доступність до об'єктів житлового та громадського призначення для людей з особливими потребами. Метод. посібник. – К.: Соцінформ, 2004. – 104 с.
6. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності».
7. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21.03.1991 р.
8. Карпінська А. Жодної забутої в суспільстві людини //Добра воля. – 2004.– № 5. – С. 25-27.
9. Качан Л. Через професію – до соціальної реабілітації.// Соціальний захист. – 2003.– № 11. – С. 9-11.

10. Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности. – М., 1982.
11. Петрусевич Е.В. Реабилитация XXI века // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: тези доповідей. – К.: Ун-тет «Україна», 2003. – С. 263-264.
12. Підвищення професійного рівня фахівців організацій, що вирішують проблеми неповносправних дітей та їх сімей: Проект. – К., 2003 – 60 с.
13. Полозюк О.М. Соціально-правовий захист і підтримка інвалідів-спинальників // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2003. – С. 263-264.
14. Професійна реабілітація інвалідів // Соціальний захист. – 2004.– № 4. – С. 17-19.
15. Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про підсумки проведення в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю щодо забезпечення соціальних, економічних, правових і конституційних гарантій у сфері соціального захисту та реабілітації інвалідів» від 20.04.2004 р.
16. Семигіна Т.В. Словник із соціальної політики. – К.: вид. дім „Києво-Могилянська академія”, 2004.
17. Соціальні послуги на рівні громади: український досвід і перспективи / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Гурт, 2005.
18. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов // Права інвалідів в Україні. Збірник правових документів. - К.: Сфера, 1998. – С. 54-84
19. Сусллова М. Ю. О социализации молодых инвалидов //Социс. – 2000.– № 6. – С.137 – 139.
20. Технологии социальной работы: Учебник /Под ред. Е.И. Холостовой. – М., Инфра, 2001. – С. 344.
21. Токмак А.А. Использование социально-психологических тренингов для реабилитации пострадавших в аварии шахтеров // Практична психологія і соціальна робота. – 2005.– № 2. – С. 75-79.
22. Тюття Л.Т., Тюття О.В. Психокорекційні методи роботи з людьми з особливими потребами //Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: тези доповідей. – К.: Ун-т «Україна», 2003. – С.107-108.
23. Холостова Е.И, Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебн. пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2002.
24. Через освіту – до соціальної інтеграції // Соціальний захист. – 2004.– № 6. – С. 30-34.
25. Ще один крок до суспільства рівних можливостей.// Соціальний захист. – 2004.– № 2. – С. 7-10.

### 3.3. Соціальна робота з людьми, які мають психічні розлади

#### *3.3.1. Розлади психіки та їх соціальні наслідки*

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, сьогодні майже 1% населення Землі, приблизно 450 мільйонів людей, мають психічні захворювання. Найбільш небезпечними серед розладів вважаються шизофренія, депресивні розлади, епілепсія, розлади особистості та розлади, пов'язані з безпосереднім ушкодженням мозку.

Психіка є вищою формою нервової діяльності людини і забезпечує тонкі процеси пристосування організму до навколишнього середовища, зокрема соціального. Завдяки психічним процесам людина здатна до суспільне корисної праці, яка в наш час становить основне джерело існування індивіда та суспільства в цілому. Психічні процеси мають дуже складну організацію. **Розлади психіки** — окрема група хвороб, що насамперед уражають психіку та порушують адаптацію людини і суспільства та до найближчого оточення.

Психічні хвороби нерідко проявляють себе виразними порушеннями таких форм психічної діяльності, як сприйняття (у хворого виникають галюцинації — сприйняття неіснуючих об'єктів), мислення (розвиваються маячні ідеї). Найважчими психічними розладами, що вражають молодих людей, є шизофренічні психози. Насамперед порушується поведінка хворого, який починає діяти так, ніби його оточує уявний світ.

Зауважимо, що інколи психічні хвороби, які іноді називають неврозами, немов би імітують інші соматичні захворювання. Наприклад, в клінічній картині неврозів досить часто спостерігають біль у ділянці серця, який схожий за своїми ознаками на біль при інфаркті міокарда.

Найбільшою проблемою майже всіх психічних розладів є порушення емоційної сфери людини. Саме з цієї причини хворі втрачають здатність адекватно реагувати на події, що відбуваються навколо них. Наприклад, для депресивних розладів характерним є пригнічений настрій, глибоке почуття провини і все, що відбувається, навіть найневинніші події, спричиняють поглиблення депресивного настрою.

Для таких хвороб, як шизофренія чи епілепсія, характерні також специфічні розлади мислення. При шизофренії хворий втрачає здатність до мислення, яке базується на традиційній, загальноприйнятій логіці. Для хворих на епілепсію характерне надто детальне мислення, яке заважає їм вирішувати актуальні проблеми, примушуючи блукати поміж непотрібних подробиць.

Крім генетичних факторів, психічне захворювання викликає несприятливе поєднання



шкідливих чинників навколишнього середовища та душевного конфлікту. На думку науковців, межа між психічно здоровими та психічно хворими людьми є рухливою, тобто здорові люди можуть захворіти, якщо зазнають тяжкої психологічної травми.

При психічних розладах можуть уражатися різні основні сфери соціального функціонування:

- самообслуговування, особиста гігієна, здатність самостійно одягатися, слідкувати за зовнішнім виглядом, турбуватися про нормальне харчування;
- виконання професійних обов'язків та інших видів діяльності, які передбачаються оплачуваною роботою, навчанням, веденням домашнього господарства;
- функціонування у сімейному колі, що передбачає очікуваний рівень взаємодії з подружжям, батьками, дітьми або іншими близькими людьми;
- функціонування в більш широкому соціальному контексті – різні форми соціальної активності.

У суспільстві спостерігається виразна тенденція до заперечення проблем та стигматизації психічно хворих. Ця проблема стоїть на перешкоді ресоціалізації психічно хворих, яка, власне, і є основною метою соціального працівника в роботі з цією групою клієнтів. Упереджене ставлення до психічно хворих найчастіше пов'язане з властивим більшості людей побоюванням всього дивного та незрозумілого. Але, мабуть, найсильнішим є страх перед непередбачуваною поведінкою. Зазначимо, що поведінка психічно хворих насправді не є непередбачуваною. Просто вона базується на іншій, ніж звичайна, логіці і для самого хворого є цілком послідовною і логічною. Отже, проблема полягає в тому, щоб зрозуміти цю логіку, тоді спілкування та співпраця з хворим значно полегшуються.

Процес стигматизації хворих починається з моменту інформування про діагноз психічного розладу. До таких людей починають ставитися насторожено, чіпляють на них тавро “небезпечно”. Поряд зі стигматизацією виникає низка ряд проблем, соціальних обмежень, які переживає хворий: втрата роботи, брак соціальної підтримки, відмова сексуального партнера, зниження соціального статусу. Перебуваючи в психіатричному стаціонарі людина з проблемами психіки часто стикається зі зневагою, патерналізмом, ігноруванням її потреб і проблем.

Досвід психічного захворювання – це серйозний виклик, і соціальний працівник може бути той людиною, яка може бути надійним, доступним, розуміючим помічником і надати супровід в цієї часто непередбаченій і небезпечній подорожі. Усі згадані аспекти психічних розладів віддзеркалюються і на соціальній роботі з цією групою хворих,

визначаючи її специфіку.

Отже, психічні розлади мають чи не найбільшу соціальну вагу серед всіх інших груп захворювань. Для цього є кілька причин:

- психічні захворювання є досить поширеним ;
- психічні захворювання найчастіше є хронічними та тривають роками, при цьому страждає психічна, а, отже, й соціальна функція людини;
- певні різновиди психічних розладів пов'язані з можливістю заподіяння шкоди собі чи іншим;
- у суспільстві спостерігається тенденція до стигматизації психічно хворих.

### **3.3.2. Загальні підходи та принципи соціальної роботи**

Соціальні працівники, допомагаючи людям із психічними розладами, повинні дотримуватися **біопсихосоціального підходу**, який передбачає розуміння взаємовпливу біологічних, психологічних та соціальних факторів, які впливають на думки, почуття та поведінку.

Ще в 1950-ті роки вчений А. Мейер запропонував психобіологічний підхід до історії життя, в якому психосоціальні стресори розглядалися як важливі для розуміння історії хвороби кожного індивідуально. Значення психосоціальних стресорів потім підтвердилось результатами численних досліджень. А власне біопсихосоціальний підхід розуміння психічного розладу утвердився у громадській психіатрії і професійній соціальній роботі у 1990-ті роки.

Для соціальних працівників важливою є така екологічна концепція як „людина в оточенні”. Вона потребує від соціального працівника розглядати психічне захворювання більше ніж хворобу, більше ніж затримку біологічних, генетичних і метаболічних процесів. В основі цього підходу – віра в те, що серйозне психічне захворювання не заважає розвитку і зростанню, досягненню потреб і цілей, які мають цінність для людини.

Відтак соціальна робота, здійснювана на основі біопсихосоціального і екологічного підходів, передбачає створення і активізацію підтримки оточення, ефективного для соціального функціонування людини, активізацію Его клієнта, набуття навичок для повноцінного, наскільки це можливо, життя людини з проблемами психічного здоров'я в суспільстві .

Головним завданням соціальних працівників є допомога людям з проблемами психічного здоров'я свідомо контролювати і покращувати особисті життєві ситуації з метою довгострокової профілактики проявів психічних розладів і покращання здоров'я.

Важливим напрямом соціальної роботи з цією групою клієнтів є їхня інтеграція у суспільство.

З-поміж ключових особливостей соціальної роботи з людьми, які мають психічні розлади, відзначимо наступні:

- зменшення впливу стрес-факторів (полегшення стресу);
- створення і активізація підтримки соціального оточення;
- організація ресурсів (практичних служб), зв'язування клієнта з ресурсами;
- допомога у відновленні соціального функціонування;
- допомога людям взяти контроль над своїм особистим життям (активізація Еґо клієнта);
- допомога в зміні стилю життя;
- підтримання зростання та розвитку клієнта.

*Основні принципи* соціальної роботи з людьми, які мають психічні розлади:

- 1) соціальна робота в охороні психічного здоров'я спирається на ті ж самі принципи, що і соціальна робота з іншими групами клієнтів;
- 2) головний пріоритет - допомогти залишатися клієнту живим (психічно хворі люди є часто агресивними по відношенню до себе, становлять небезпеку для самих себе);
- 3) взаємодія та співпраця з клієнтом.

Усі стратегії втручання повинні включати формування тісної співпраці в роботі з клієнтом з метою покращення його функціонування і можливо системи близьких стосунків. При цьому береться до уваги, що людина з такими проблемами має здатність вести нормальне повсякденне життя і справлятися з побутовими та щоденними завданнями.

Соціальна робота з людьми, які мають психічні розлади, передбачає врахування особливостей перебігу та клінічних проявів захворювання. Але завжди необхідно прагнути до встановлення довірливих стосунків з клієнтом. З іншого боку, необхідно пам'ятати про збереження соціальним працівником власної особистості. Надто близькі стосунки з психічно хворими не тільки не приносять користі, але навіть можуть зашкодити як самому хворому, так і професіоналу, який його обслуговує.

### ***3.3.3. Методи і технології соціальної роботи***

**Індивідуальна робота з клієнтом** передбачає процес безперервної підтримки з використанням прямих методів впливу: індивідуального консультування, роботи з сім'єю, групової роботи. Безперервна підтримка здійснюється шляхом навичок емпатії та

супроводжується співчуттям реальності клієнта, дослідженням реакцій, які вона породжує, допомогою клієнту тримати зв'язок з реальністю шляхом розвитку стратегій для контролю над симптомами.

Практика соціальної роботи з людьми, що страждають на психічні розлади, зосереджується на двох аспектах:

1) прямому впливі: індивідуальне консультування, робота з сім'єю, групова робота, використання груп людей зі схожими проблемами;

2) процесі безперервної підтримки, яка включає: інтерес і турботу; емпатичне слухання; прийняття клієнта таким, який він є; роботу з неушкодженою частиною особистості; реалістичне заспокоювання, реалістичні очікування; наснаження і допомога клієнтам у використанні ресурсів соціальних служб.

Соціальні працівники, здійснюючи індивідуальну соціальну роботу з людьми, які мають психічні розлади, повинні:

1) *співчувати реальності клієнта і реакціям, які вона породжує*, а також досліджувати реальність клієнта (клієнти із психічними розладами до певної міри втрачають контакт з зовнішньою реальністю, в той час як його внутрішня реальність виходить на перший план. Наприклад, депресія є глибоко проникаючою і руйнує здатність функціонувати в різних сферах життя, крім цього також супроводжується почуттям загибелі, що пояснює постійну наявність ризику суїциду. Тоді як повний хаос гострого епізоду шизофренії супроводжується візуальними галюцинаціями, що утілюють в собі найбільш проникливі і таємні жахи, і це може привести до безладної активності або повної нерухливості. Зрозуміло, що клієнта не можна переконати у його хворобі, аж поки він фактично не звальюється від виснаження внаслідок шаленої, несамовитої активності і хронічного недосипання);

2) *допомогти клієнту тримати зв'язок з реальністю* (найкращий спосіб допомогти клієнту - це навчити його управляти своїми симптомами більш ефективно. Багато клієнтів можуть розвинути стратегії самі і потребують небагато від соціальних працівників – лише звичайного розуміння, підтримки, наснаження. Часто клієнти можуть самі розпізнати, коли в них починається епізод прояву хвороби, щоб вирішити самім, що настав час звернутися до ліків. Вони можуть експериментувати з різними стратегіями, щоб побачити, які є найбільш ефективні для них. Наприклад, при розвитку стратегій справлятися зі слуховими галюцинаціями, соціальні працівники допомагають клієнту прийняти існування голосів, працювати над визначенням рамок голосів, спробувати зрозуміти значення голосів, побудувати схему контакту з ними, яка фокусується на позитивному

спрямуванні і визначає обмеження часу і простору для звертання уваги на них. У такі моменти можуть також допомагати релаксація, відвернення уваги, фізичні вправи. Обмін інформацією про те, як вони справляються, може стати цінними порадами для інших клієнтів. У цих випадках соціальні працівники дійсно справді справу з наснаженням: вони намагаються надати можливості людям, а не їхнім хворобам, взяти владу над життям);

3) *налагодити зв'язок з клієнтом як з особистістю, а не орієнтуватися на симптоми хвороби* (люди, які мають психічні розлади, являють собою спотворену картину самих себе, яку не можна порівняти з їх особистістю до хвороби, тому на практиці буває складно досягти встановлення зв'язку з клієнтом. Наприклад, клієнти з депресією глибоко захоплені своїми думками і навіть просто поговорити з ними вимагає від соціального працівника значних зусиль. Клієнт з манією може бути повним енергії, але швидко відволікається. При роботі з клієнтом, який страждає на шизофренію, можна спостерігати прояви емоцій, невідповідних ситуації, що заважає контакту. Клієнт з деменцією забуває про вас від одної зустрічі до іншої. У роботі з такими клієнтами вирішальним моментом є усвідомлення того, що наскільки б не були загальними симптоми, які створюють діагноз, вони завжди проявляються індивідуально. Їх форма і зміст відображає унікальність особистості, досвіду і обставин хворої людини);

4) *спрямовувати свої зусилля та те, щоб активізувати навички клієнта управляти собою і своїм життям.*

Коли людина переживає гострий короткотерміновий епізод хвороби після якого може повернутися до більш-менш нормального життя, вона буде широко підтримувати і зберігати свої навички, на цьому будується впевненість у собі. Проте потребує допомоги в відновленні своєї самооцінки з тим, щоб зайняти знов своє місце у своїх соціальних системах. Особливо напруженою є фаза одужання, коли люди перебувають між реальною хворобою і реальним здоровим життям. Саме тому один з критичних періодів часу є процес повернення до своїх ролей та обов'язків, які клієнт виконував до рецидиву. Він може хотіти забути цілком період хвороби, поспішати знов до своєї нормальності і соціальний працівник має супроводжувати клієнта у цьому процесі, так чи інакше, - реалістичним спрямуванням поведінки, особливо після лікарні.

Незалежно від терміну хвороби, ступеню інвалідності та руйнування особистості, проблеми, що стосуються *практичних та соціальних навичок* може бути різними. Відтак робота може бути спрямована на попередження втрати існуючих навичок або безперервної підтримки, останнє частіше необхідно у випадках з *деменцією*. Потрібно використовувати *візуальні засоби*, щоб підтримувати орієнтацію в часі, дні, датах, місті

перебування, використовувати медикаменти як доповнення. Інші підходи передбачають компенсацію втрачених навичок шляхом відновлення інших, які були незадіяні протягом багатьох років, але залишилися непошкодженими, та поновлення соціальних і практичних навичок, які клієнти потребують для самодостатності, однак втратили, або ніколи не володіли. Такі методи включає реабілітація людей з хронічною шизофренією, які утримуються в лікарнях на довгостроковому лікуванні. Такий вид реабілітації довгостроковий, потребує коштів і має багато обмежень того, чого можна досягти. Усі ці підходи ефективні, коли надання допомоги організоване на рівні громади.

Соціальний працівник прагне залучити психічно хворих до будь-яких видів діяльності, що не є надто травмуючими. Наприклад, для хворих на шизофренію корисними є будь-які групові заняття, котрі, однак, не передбачають тісного особистого контакту. Це можуть бути заняття в художній майстерні, підтримуюча психотерапевтична група тощо. Хворі на залежність від наркотичних речовин, навпаки, найчастіше потребують досить тісної взаємодії в групах під керівництвом впливової та авторитетної для них людини. Всі подібні питання варто обговорювати з психологом або психотерапевтом.

Так само залежно від діагнозу розв'язують і питання працевлаштування. Досить часто психічно хворі отримують групу інвалідності. Але при вдалій реабілітації такі хворі цілком можуть виконувати певну роботу.

**Робота з сім'ями** людей, які мають психічні розлади, передбачає: підтримку членів сім'ї, укріплення її ресурсів, розширення можливостей у виконанні функції догляду за хворим родичем, полегшення тягаря, який несуть сім'ї, що здійснюють догляд хворого родича, а також зменшення або модифікацію внутрішньосімейних стресових чинників, які можуть спровокувати рецидив хвороби.

Серед форм і методів такої роботи варто відзначити:

- допомогу членам сім'ї у прийнятті хвороби;
- допомогу окремим членам сім'ї справитися з їх почуттями;
- допомогу сім'ям у налагодженні відносин з хворим родичем, життям сім'ї і своїм особистим життям;
- комунікативні тренінги, які спрямовані на вирішення проблем з неадаптивними паттернами;
- залучення членів сім'ї до лікувального процесу і процесу відновлення на ранніх етапах у манері, яка "не звинувачує";
- просвітницька робота серед членів сім'ї, яка надає необхідну інформацію про психічні розлади, шляхи зменшення впливу стресів, факторів ризику;

- кризове втручання при екстремальних ситуаціях.

Методи роботи з сім'ями є важливим компонентом безперервного догляду за місцем проживання, які можна розглядати як довготривалу підтримку людей з проблемами психічного здоров'я у громаді.

У практиці соціальної роботи в установах громадської психіатрії (у громадських психіатричних центрах, недержавних консультативних агенціях, приватних клініках), тобто коли послуги надають **на рівні громади**, використовують такі форми роботи як кризове втручання, швидка госпіталізація, короткотермінова терапія, денний догляд, різні форми групової роботи. Це може бути також практика у вигляді реабілітаційного підходу, коли покращання функціонування здійснюється через підтримку людей з проблемами психічного здоров'я – вчитися, працювати і жити в ситуаціях за своїм особистим вибором.

Наразі соціальна робота з психічно хворими є досить важким та відповідальним завданням. Найефективнішим способом розв'язання проблеми є співпраця соціального працівника з так званою багатопрофільною (мультидисциплінарною) групою (командою, бригадою), до складу якої входять також: лікар-психіатр, психолог (психотерапевт), лікар загальної практики та іноді представник органів внутрішніх справ. І хоча в Україні діяльність таких груп ще не закріплена законодавче, проте варто пам'ятати про необхідність розподілу відповідальності та використання відповідного професійного досвіду.

#### **3.3.4. Організація надання допомоги**

Найбільш поширеною формою надання послуг людям з психічними проблемами в Україні є їх утримання на *довгостроковому лікуванні у великих психіатричних лікарнях*, де такі люди можуть знайти притулок, підтримку та мінімальне забезпечення базових потреб. Проте вітчизняній психіатричній службі властиві такі риси:

- орієнтація на стаціонарне обслуговування пацієнтів;
- переважно біологічна орієнтація у субкультурі психіатрів;
- патерналістський стиль спілкування з пацієнтами, їхніми родичами, підлеглими;
- практична відсутність знань у галузі етики й права, а також навичок щодо їх використання;
- відсутність комунальної психіатрії й інфраструктури, що забезпечувала б її успішне функціонування;
- відсутність досвіду у створенні та продуктивній взаємодії з громадськими організаціями родичів та користувачами психіатричних послуг;

- відсутність соціальних працівників у сфері охорони психічного здоров'я.

Як і в радянські часи, доміантними закладами державної системи соціального обслуговування населення України є спеціалізовані стаціонарні медико-соціальні заклади – *психоневрологічні інтернати*, призначені для постійного проживання громадян, які потребують стороннього догляду і медичного обслуговування. У цих закладах психологічні та соціальні проблеми особистості з психічним розладом залишаються на другому плані.

Ухвалення Закону України “Про психіатричну допомогу”, незважаючи на його початкове неоднозначне сприйняття фахівцями, громадськістю і користувачами психіатричної допомоги, стало визначною подією в Україні. Адже цей документ вперше в історії вітчизняної психіатрії визначив організаційні й правові основи забезпечення психіатричною допомогою громадян, виходячи з пріоритету прав і свобод людини, а також встановив обов'язки державних органів щодо захисту законних інтересів та створення належних умов для надання необхідної психіатричної і соціально-правової допомоги людям з психічними розладами. Закон також гарантує встановлення квот робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів унаслідок психічного розладу. Крім того, для забезпечення соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування мають:

- організовувати за спеціальними програмами безоплатне загальноосвітнє та професійно-технічне навчання;

- створювати лікувально-виробничі підприємства, цехи, дільниці тощо з полегшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування;

- організовувати гуртожитки та інші місця проживання;

- поліпшувати їхні житлові умови.

Серед важливих державних гарантій, згідно зі ст.5, Законом передбачено фінансування психіатричної допомоги в обсязі гарантованого рівня та належної якості; поліпшення матеріальних і житлових умов психічно хворих; створення мережі психіатричних закладів для організації надання психіатричної допомоги гарантованого рівня; реалізацію відповідних програм в галузі психічного здоров'я.

Реалізація цього законодавства потребує впровадження відповідних програм на місцях. Так, у 2003 році в Києві прийнято Концепція комплексного удосконалення психіатричної допомоги й охорони психічного здоров'я населення м. Києва. Основні



напрями цієї концепції передбачають, зокрема, забезпечення доступності психіатричної допомоги шляхом децентралізації психіатричних закладів та тісної взаємодії медичних і соціальних районних служб.

Надання психіатричної допомоги за місцем проживання передбачає активізацію діяльності мережі локальних служб, котра покликана охопити широке коло проблем забезпечення базових потреб людини (харчування, житло, медичне обслуговування, трудова зайнятість та дозвілля). Задля цієї цілі передбачають створення підрозділів амбулаторного обслуговування пацієнтів медико-реабілітаційного напрямку для навчання їх навичкам самообслуговування й інтеграції у спільноту. Це — центри медико-соціальної реабілітації у структурі охорони здоров'я та соціального захисту населення. Необхідними є забезпечення житлом із дотаціями на оплату, надання послуг по веденню домашнього господарства, створення служб професійної реабілітації для відновлення працездатності.

Концепція виходить із потреби створення правового поля для керівників закладів та служб, котрі займаються наданням психіатричної допомоги, охороною психічного здоров'я, реабілітацією та соціальним захистом людей із психічними захворюваннями, для розвитку діяльності своїх закладів, укомплектування їх спеціалістами у сфері психіатрії, психології, соціальної роботи, а також відповідного фінансування і матеріально-технічного забезпечення.

Подібна програма розроблена й лікарями-психіатрами у Донецьку. Її мета - проведення системи заходів, спрямованих на зміцнення стану психічного здоров'я населення Донецької області, попередження виникнення та розповсюдження психічних розладів, покращення якості діагностики, лікування психічних розладів, а також впровадження заходів медико-соціальної реабілітації осіб, які мають вади психічного здоров'я, та надання цим особам соціально-правової допомоги. Вона, зокрема, передбачає:

- встановлення обов'язкових квот робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів внаслідок психічного розладу в установленому законом порядку;

- створення лікувально-виробничних підприємств, цехів, дільниць тощо з поліпшеними умовами праці для здійснення трудової реабілітації, оволодіння новими професіями та працевлаштування осіб, які страждають на психічні розлади;

- розробку та впровадження спільних форм роботи з територіальними центрами соціальної допомоги, громадськими організаціями, волонтерами для здійснення широкого кола завдань: від медичного обслуговування до різноманітних форм підтримки хворих вдома, у тому числі вирішення забезпечення їхніх основних потреб (харчування, житло,

медичне обслуговування, доцільна діяльність та дозвілля, підтримка взаємовідносин із соціальним оточенням);

- організацію центрів соціально-медичної реабілітації соціально дезадаптованих дітей та підлітків, в т.ч. дітей у притулках.

Поява нових документів, питань, пов'язаних із наданням допомоги людям із психічними розладами, до уваги буде братися біопсихосоціальний підхід та впроваджуватимуться сучасні методики реабілітації.

За кордоном за останні півстоліття форми надання допомоги у сфері психічного здоров'я змінилися від направлення у спеціальні заклади до надання їм допомоги у громаді. Така зміна базується як на необхідності дотримання прав людей із психічними розладами, так і на застосуванні сучасних заходів та методів.

У розвинутих країнах все більша кількість людей із психічними захворюваннями взагалі обходиться без перебування у лікарні та отримує всю необхідну допомогу за місцем проживання. Постійно апробуються нові організаційні структури й інноваційні підходи до надання таким хворим спеціалізованої допомоги. Більшість наявних у світі сучасних програм допомоги людям, які страждають на психічні захворювання, заснована на принципах позалікарняної підтримки. Система позалікарняної підтримки — це скоординована мережа спеціалістів, служб та закладів регіонального рівня, до якої включені також і громадські організації користувачів психіатричних служб. Основний принцип такої системи полягає у збалансованому поєднанні психіатричної допомоги та соціальної підтримки.

Хоча лікувальні заходи виступають важливою складовою лікування, проте фармакологічна терапія дозволяє досягти лише часткового вирішення проблеми. Все більше визнають необхідність лікування не лише самого захворювання, але й порушення життєдіяльності хворого.

Соціальні працівники працюють в психіатричних лікарнях, службах, приватних клініках, резидентних центрах, центрах психічного здоров'я, адже психічні розлади і захворювання мають біопсихосоціальну природу і потребують комплексного підходу. Спеціалісти соціальної роботи попереджують можливість зловживання над людьми з проблемами психічного здоров'я, беруть участь в процесі реабілітації хворих, власне організують допомогу на основі громади, працюють з хворими для них, а не над ними.

З кордоном створено багато закладів громадської психіатрії: центри зустрічей, кризові центри, групи за інтересами, творчі групи і майстерні. Питання проживання осіб з хронічним перебігом психічного захворювання, що не потребують активного лікування,

вирішується завдяки розгалуженій мережі резидентних установ, що передбачають захищене проживання: будинків на півдороги (медико-соціальних закладів тимчасового проживання, де людина проходить соціальну реабілітацію після посиленого медичного лікування у стаціонарному закладі й готується до повернення у своє помешкання), будинків групового проживання, спеціалізованих гуртожитків, будинків сестринського догляду, проектів проживання з підтримкою (така модель передбачає, що клієнти проживають постійно в окремих квартирах у житлових будівлях самостійно і по мірі можливості виконують звичайні соціальні ролі, користуючись допомогою спеціалістів в разі необхідності). У цих резидентних установах здійснюються різнопланові реабілітаційні заходи, спрямовані на максимізацію рівня функціонування клієнтів, відновлення навичок самообслуговування та соціальних умінь. Основну роль в цих закладах відіграє соціальна реабілітація, тут проводять тренінги, індивідуальні консультації, які допомагають навчитися вести господарство, користуватися грошима, транспортом, телефоном, планувати вільний час тощо.

Однією із форм громадської психіатрії є Клубні будинки (Clubhouse), або будинки-фонтани (Fountain House), започатковані в США в 1950-ті роки. Ці заклади являють собою клуби, де колишні пацієнти знаходять оточення, що нагадує домашнє. Члени цих будинків-фонтанів спільно вирішують питання повсякденного життя: стосовно житла, медичного обслуговування, пільг, адвокатського захисту соціальних та інших прав своїх членів. Модель клубного будинку спрямована на знищення бар'єрів суспільного упередження, залежності, ізоляції, які не дозволяють хворим громадянам брати участь в житті суспільства. Важливо, що між членами і персоналом будинку встановлюються рівноправні стосунки – вони колеги, а не пацієнти і лікарі. Спільно вирішуються питання, пов'язані з діяльністю будинку, завдяки чому користувачі отримують або відновлюють втрачене почуття власної значимості, соціальні навички, відчувають підтримку персоналу.

### ***3.3.5. Приклади діяльності соціальних служб***

Останніми роками і в Україні з ініціативи прогресивних лікарів, громадських представників та донорська підтримка уможливили створення кількох моделей громадської психіатрії: центр медико-соціальної реабілітації, клубний дім, проекти працевлаштування та зайнятості, творчі майстерні, групи самопомоги людей із проблемами психічного здоров'я, інформаційні програми для родичів. Проте, знову ж таки, моделі ці не зв'язані у мережу, створюються хаотично, часом існують лише допоки є донорське фінансування.

Одним із найбільш вдалих прикладів соціальної роботи з психічно хворими в сучасній Україні можна вважати діяльність **Центру медико-соціальної реабілітації**, офіційно відкритого у Києві в жовтні 2001 року. Проте робота з його створення почалася ще 1999 року, коли громадські організації — Асоціація психіатрів України, благодійні фонди „Касталія” та „Віта” разом з іноземним партнером („Женевська ініціатива у психіатрії”) — підготували проект з метою залучення професіоналів, клієнтів та їхніх родичів до розробки та запровадження у практику нових підходів у реабілітації людей із психічними розладами.

Для заснування центру було отримано гранти від міжнародних організацій, але зараз він фінансується Київською міською державною адміністрацією.

Нині Центр — структурний підрозділ Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні № 1. У ньому зараз працює 26 співробітників, зокрема, соціальні працівники, трудотерапевти, психологи, спортінструктор, керівник музичної студії. Персонал володіє загальними реабілітаційними навичками, пройшов дворічне навчання новим формам психосоціальної реабілітації.

Реабілітаційна допомога у Центрі базується на принципах мультидисциплінарного підходу, котрий забезпечує комплексність медико-соціальної допомоги людям із психічними захворюваннями.

Одним із методів надання допомоги клієнтам є індивідуальний менеджмент, або „ведення випадку”. Кожен клієнт працює зі спеціалістом із ведення випадку. Це працівник, котрий спільно з користувачем складає індивідуальний план реабілітації та координує його виконання. За потребою чи бажанням клієнта такий працівник залучає інші служби та спеціалістів різного профілю.

Щоденно Центр може обслужити 50-60 осіб. Комплекс реабілітаційних програм Центру дає можливість людям із хронічними психічними розладами стати більш самостійними, більш свідомо ставитись до прийняття медикаментів та ранніх симптомів загострення, а також активніше брати участь у соціально-трудоному житті суспільства.

Призначення Центру — виховувати компетентного клієнта, котрий мусить знати, що з ним відбувається, які симптоми проявляються, які ліки він приймає. Це, у свою чергу, допомагає клієнту налагоджувати зв'язок зі своїм дільничним лікарем, коли вони разом вже можуть співпрацювати як партнери проти захворювання. Між іншим, працівники Центру вже відчули у цьому значний успіх, тому що вже проводиться групова робота з модуля активної медикаментозної терапії, один із уроків якої — відвідання свого дільничного лікаря. Працівники Центру задоволені тим, що мають позитивний досвід

співпраці з лікарями-психіатрами амбулаторної мережі і що лікарі їх добре приймають.

У Центрі медико-соціальної реабілітації людей із психічними захворюваннями можна отримати такі послуги:

— взяти участь у програмі навчання навичкам самостійного життя (свідоме прийняття медикаментів, свідомий контроль над симптомами, навички спілкування та розв'язання міжособистісних проблем);

— пройти терапію зайнятістю у творчих майстернях: художня майстерня — розпис по дереву й паперу (Петриківський розпис), бісероплетіння; ліплення порцелянових прикрас; швейна майстерня — шиття, в'язання, вишивка, клаптева мозаїка; комп'ютерний клас — комп'ютерні ігри та основи комп'ютерної грамотності;

— відвідати клуб проведення дозвілля — шаховий та музичний гуртки (двічі на тиждень), спортивний клас (тричі на тиждень);

— консультування клієнтів та родичів з проблем прийняття захворювання, необхідності підтримуючого лікування, особливостей захворювання, а також з проблем взаємовідносин у сім'ї та з оточенням (це проводиться як індивідуально, так і груповим методом);

— групова робота, котра поділяється на інформаційні групи (медична, соціальний клуб, “теплий дім”) та навчальні модулі професора Лібермана („Контроль симптомів”, „Активні участь у лікувальній терапії”, „Основні навички спілкування”, „Вирішення міжособистісних проблем”, „Повернення до спільноти”, „Проведення дозвілля”, „Пошук роботи” тощо); працівники Центру також використовують підхід, де під час рольових ігор застосовують відеозйомку (наприклад, один клієнт бере на себе роль лікаря та пояснює іншому клієнту, як треба приймати ліки, яка є побічна дія, що буде у випадку, якщо не прийняти ліки тощо. Таким чином, переконуючи іншого, він переконує себе самого). Діє також соціальний клуб — він дає можливість обговорення соціальних проблем, що виникають унаслідок захворювання.

Окрім того, клієнти Центру залучені до діяльності фонду “Відображені світи” — громадської організації, що об'єднує користувачів психіатричних послуг. Це — щотижневі тематичні зустрічі, щотижневий перегляд відеофільмів з подальшим обговоренням, екскурсії (до театрів, музеїв) та святкові концерти спільно з музичною студією.

Обслуговування клієнтів відбувається за направленням лікаря та за самостійним зверненням людей. Прийом нових клієнтів відбувається щоденно з 10 до 12 годин членом чергової мультидисциплінарної команди. Фахівець, який веде прийом, налагоджує

контакт з клієнтом, виявляє його потреби й проблеми, заповнює картку первинного прийому та ідентифікаційну картку клієнта, визначає час зустрічі клієнта з керівником центру та керівником випадку. Потім на засіданні чергової бригади обговорюють результати первинного прийому та визначається, хто вестиме випадок. До речі, найчастіше, під час первинного прийому клієнти називають такі проблеми, як дефіцит спілкування, ізоляція, працевлаштування, проведення дозвілля, складні стосунки в родині тощо.

Упродовж місяця від початку роботи над випадком керівник цього випадку складає разом із клієнтом план індивідуальної реабілітації, який підписують обидві сторони. Терміни реабілітації конкретного клієнта залежать від кількості та складності визначених проблем. Середній термін участі в програмі „Ведення випадку” становить близько 10 місяців.

Унаслідок роботи фахівців центру у клієнтів, які пройшли реабілітаційну програму, відбувається піднесення якості життя, зокрема, поліпшуються стосунки в родині, набувається впевненість у собі, піднімається самооцінка, змінюється ставлення до себе та власної ситуації, покращуються навички спілкування з оточенням і контролю симптомів захворювання, формуються практичні навички, набуті в творчих майстернях та студіях центру.

Отже, Центр медико-соціальної реабілітації людей із психічними захворюваннями пропонує низку послуг і модулів, спрямованих на: активну медикаментозну терапію, розв’язання міжособистісних проблем, розвиток комунікативних навичок, проведення дозвілля, працевлаштування, пошук роботи, вирішення питання, як зберегти цю роботу, та повернення у громаду. Мета — інтеграція людей з психічними розладами у суспільство, щоб вони могли соціально адаптуватися та якість їхнього життя покращувалась.

Цікавий досвід роботи накопичив і **Центр трудової реабілітації розумово відсталих інвалідів Києва**. Цей заклад створено згідно з рішенням Київради за ініціативи благодійного товариства допомоги інвалідам та особам з інтелектуальною недостатністю „Джерела” у 2000 році, яке отримало цільовий грант від програми „Тасіс” Європейської Комісії. Сьогодні це - державний заклад, який у своїй діяльності підпорядкований Головному управлінню соціального захисту населення м. Києва. Послуги тут надаються інвалідам старшим 16 років, які не отримують послуг соціальної реабілітації та освіти в інших державних закладах за умови, що сукупний дохід на члена родини інваліда не перевищує прожиткового мінімуму.

Головною метою діяльності Центру є підготовка розумово відсталих інвалідів до

максимально самостійного життя, забезпечення їх зайнятстю та застосування трудової реабілітації як базового елемента адаптації у громаді. Заклад складається з двох підрозділів: 1) центру трудової реабілітації, де інваліди займаються такими видами діяльності, як деревообробка, ліплення з глини, лозоплетіння, ремонт взуття, виготовлення гобеленів, виготовлення швейних виробів, виготовлення виробів із пластмаси; 2) відділення соціальної адаптації, де розумово відсталі інваліди, які щойно завершили допоміжну школу-інтернат, готують до роботи в майстернях і допомагають їм опанувати необхідні навички самостійного життя. Тут проводяться такі заняття: прикладна гігієна, кулінарні навички, позитивні стереотипи поведінки, побутове рахування, групова робота, виходи у місто.

Центр виконує такі завдання:

- попереджає інституціоналізацію розумово відсталіх дорослих інвалідів шляхом створення умов для забезпечення їхньої зайнятості на рівні громади;
- організовує та проводить передпрофесійне та професійне навчання для орієнтації інвалідів на працю, вироблення стереотипів поведінки працюючої людини, набуття найпростіших трудових навичок для виконання некваліфікованої роботи та відновлення здобутих у допоміжній школі-інтернаті трудових навичок та умінь;
- проводить усебічне оцінювання потреб інваліда та родини, складає план втручання, активізує наявні ресурси для виконання цього плану;
- організовує відповідно до потреб інваліда та родин реабілітаційні послуги: веде групову та індивідуальну роботу з інвалідом та родиною, надає інформаційні послуги, виконує представницькі функції у інших державних закладах.

---

### **Висновки**

---

1. Розлади психіки — окрема група хвороб, що насамперед уражають психіку та порушують адаптацію людини і суспільства та до найближчого оточення. Психічні захворювання найчастіше є хронічними та тривають роками, при цьому страждає психічна, а, отже, й соціальна функція людини.

2. Головним завданням соціальних працівників є допомога людям з проблемами психічного здоров'я свідомо контролювати і покращувати особисті життєві ситуації з метою довгострокової профілактики проявів психічних розладів і покращання здоров'я. Важливим напрямом соціальної роботи з цією групою клієнтів є їхня інтеграція у суспільство.

3. Робота з клієнтом, який має розлади психіки, передбачає процес безперервної

підтримки з використанням індивідуального консультування, роботи з сім'єю, групової роботи. У практиці соціальної роботи в установах громадської психіатрії використовують такі форми роботи як кризове втручання, швидка госпіталізація, короткотермінова терапія, денний догляд, різні форми групової роботи.

#### **Запитання для самоперевірки:**

1. Які соціальні проблеми можуть виникнути людей із психічними розладами?
2. Чим, на Вашу думку, спричинена стигматизація людей із психічними розладами?
3. У чому полягають особливості біопсихосоціальної підходу до розуміння психічних розладів?
4. Які основні принципи соціальної роботи з тими, хто має психічні розлади, Ви можете назвати?
5. У чому полягає прямий вплив у ході соціальної роботи з тими, хто має психічні розлади?
6. Опишіть процес безперервної підтримки у ході соціальної роботи з тими, хто має психічні розлади.
7. У чому полягає соціальна робота з сім'ями, де є люди психічними розладами?
8. Порівняйте українську та закордонну модель організації допомоги людям із психічними розладами.

#### **Література**

1. Введення у соціальну роботу: Навч. посібник / Семигіна Т.В. та ін. –К.:Фенікс, 2001. – С.163-165.
2. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях /Под ред. Я. ван Вингель. – К.: Сфера, 2002.
3. Гокунь И. Отчет о работе центра медико-социальной реабилитации за 2003 год // Веб-страница Ассоциации психатров Украины. – <http://www.upa-psychiatry.org.ua>.
4. Гокунь І. Нові підходи у наданні допомоги людям із психічними захворюваннями // Соціальна політика і соціальна робота. – 2004. – № 2.
5. Грига І., Кабаченко Н., Пієвська І., Король І. “Мережі підтримки”: забезпечення керованого інтегрованого догляду // Соціальна політика і соціальна робота. – 2004. - №4. – С. 42-49.
6. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Зайцев В.В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях // Социальная и клиническая психиатрия.-1999.-Т.9. - №3.-



С.9-14.

7. Мартиненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии образование.- М.:Наука,1999.-С. 51.
8. Оса Ю., Грига І. Модель захищеного житла для людей з проблемами психічного здоров'я // Соціальна політика і соціальна робота. – 2006. - № 2-3.
9. Пінчук І. Програма соціально-економічного розвитку та комплексного удосконалення психіатричної допомоги населенню Донецької області на 2004 рік (проект) // Соціальна політика і соціальна робота. – 2004. – № 1. – С. 56-64.
10. Психические заболевания. Общие сведения благотворительный / Фонд "Душа человека".- 1995 <http://www.ngo.org.ru/ngoss/get/id12786.html>.
11. Психическое здоровье: новое понимание. – ВООЗ, 2000.
12. Соціальна робота. В 3-х ч. – Ч.3. Робота з конкретними групами клієнтів / За ред. Т. Семигіної, І. Григи. – К.: Києво-Могилянська академія, 2004.
13. Шизофренія та охорона здоров'я / Пер. з англ. А.Барбато.- К.: Сфера, 1998.
14. Энтони В, Коэн М, Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. – К.: Сфера, 2001.
15. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – К.: Сфера, 2002. – С.101.

### **3.4. Соціальна робота з людьми, залежними від психоактивних речовин**

#### ***3.4.1. Вживання наркотиків як соціальна проблема***

Наркотичними речовинами (наркотиками чи психоактивними речовинами) називають хімічні сполуки, які мають властивість специфічно впливати на мозок та на організм людини. У повсякденному житті наркотики можуть зустрічатися у складі ліків, напоїв, харчових продуктів тощо. Регулярне вживання таких речовин спричинює виникнення залежності від них.

**Зловживання психоактивними речовинами (ПАР)** – неадекватне вживання, яке характеризується продовженням вживання, незважаючи на усвідомлення того, що вживання зумовлює або загострює постійні або тимчасові соціальні, виробничі, психологічні або фізичні проблеми або ж тимчасові соціальні, виробничі, психологічні або фізичні проблеми або ж періодичним вживанням, коли це небезпечно для здоров'я.

**Залежність** – необхідність у повторюваних дозах певної речовини для того, щоб почувати себе краще або не почувати себе гірше. Стан залежності може призвести до

негативних фізичних та поведінкових наслідків, які можуть зумовити медичні або соціальні проблеми.

**Наркозалежність** - захворювання, що виникає внаслідок неконтрольованого вживання хімічних речовин на основі особистісної схильності у вигляді переваги рис залежної особистості, і проявляється у формі патологічної залежності від ПАР, яка має психологічний і фізичний характер.

Відомо, що алкоголізм та наркоманія — це хвороби соціальні. Психоактивні речовини — це відомі адаптогени, тобто засоби, які забезпечують адаптацію до умов та вимог життя завдяки своїй дії. Саме таке ставлення до психоактивних речовин формує, як буде сказано нижче, підходи до реабілітаційних програм. Зловживання не з'являється нізвідки — це реакція на життєві проблеми та негаразди. Алкоголь та наркотики використовують як засоби для розв'язання цих проблем. Їх використовують для релаксації, як засіб проти монотонної роботи чи одноманітного буття, як джерело насолоди, як супроводження соціальних дій тощо.

Загалом залежність від психоактивних речовин є проявом **адиктивної поведінки**, тобто однієї з форм деструктивної поведінки, яка проявляється в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану через прийом певних речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або видах діяльності, що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій.

Це визначення дає нам можливість глибше подивитися на проблему залежності, яка тут подається досить широко. Це може бути залежність не лише від алкоголю та наркотичних речовин, але й від комп'ютерних чи азартних ігор, від роботи (трудоголізм), від стосунків тощо. Важливо зауважити, що людина через ці види діяльності прагне щось змінити у своєму житті (не завжди свідомо) і обрана діяльність (засіб досягнення певного стану) супроводжується сильними, як правило, позитивними емоціями, які по своїй силі переважають ті емоції та почуття, які людина може отримувати від спілкування з близькими їй людьми. Так, залежна людина від наркотичних речовин, алкоголю, роботи, ігор тощо є “закоханою” у наркотик, алкоголь, вид діяльності, гру тощо.

У людини, яка використала якусь психоактивну речовину для досягнення бажаного психологічного стану, з часом засіб, тобто алкоголь або наркотик перетворюються на мету і все життя підкорюється непереборному бажанню вживати цю речовину.

З-поміж проблем, спричинених зловживанням наркотиків, можна виділити проблеми соціального статусу (зміна соціального оточення, зменшення кола соціальних зв'язків та

якості цих зв'язків, поступова втрата поваги та визнання у значущому соціальному оточенні тощо), проблеми ефективності (погіршення дієздатності, втрата роботи, втрата здатності забезпечувати певний рівень достатку тощо), проблеми із здоров'ям (хронічні захворювання, інтоксикація, інфекції, асоційовані захворювання через певні зміни норм поведінки тощо), проблеми із законом (кримінальне переслідування, притягнення до відповідальності через адміністративні порушення тощо).

Наразі людині, яка стала залежною від опіатів, важко контролювати свою поведінку внаслідок нав'язливого прагнення до певної хімічної речовини. Це призводить до пошуку наркотику й повторного вживання, незважаючи на негативні соціальні та медичні наслідки. Людина, що вживає наркотики, добре обізнана про хворобливі наслідки своїх дій, але продовжує змушений, що став звичним, прийом наркотичних препаратів. Інакше кажучи, споживачі знають, що вони руйнують свій організм. Соціальні працівники повинні розуміти, що пацієнти просто не здатні відмовитися від наркотиків: розуміння проблеми чітко не усвідомлюється, їм здається, що цієї проблеми взагалі не існує. Треба розуміти, що наркозалежній людині властиво робити вчинки, пов'язані з ризиком, навіть в умовах реальної небезпеки, як, наприклад, у випадку з повторним використанням шприців або, у контексті лікування ВІЛ, з відмовою від ВААРТ. Наркозалежність сама по собі й патолофізіологія впливу наркотиків на центральну нервову систему, зокрема, змушують людину ігнорувати небезпеку (наприклад, використовувати заражені голки). Відомо багато прикладів того, як людина усвідомлює, що внаслідок своєї залежності вона втратить родину й нормальне життя, і все-таки не може зупинитися. І причина цього криється аж ніяк не в слабкості характеру або неправильній моралі: залежність і зловживання повинні розглядатися як клінічний феномен.

У розвитку залежності виділяють окремі **стадії вживання психоактивних речовин**:

1. Початок експериментування.
2. Соціальне вживання.
3. Вживання, що увійшло в звичку.
4. Надмірне вживання.
5. Хвороблива пристрасть (аддикція)

Тривалість часу між початком вживання та формуванням залежності коливається в широких межах і визначається не тільки індивідуальними особливостями людей, а й різновидом психоактивної речовини, яка вживається. Виділяють психічну та фізичну залежність від психоактивних речовин. *Психічна залежність* проявляється інтенсивним бажанням приймати наркотичні речовини і почуттям фізичного дискомфорту, якщо це

бажання не задоволене, здатністю відчувати психічний комфорт тільки у стані наркотичного сп'яніння.

*Фізична залежність* розвивається у тій стадії наркоманії, коли наркотична речовина стає необхідною для нормальної діяльності організму. Припинення вживання наркотичних речовин призводить до важкого стану, який називається синдромом відміни або абстиненцією („ломка”). Наступним симптомом фізичної залежності є компульсивний (непереборний) потяг до наркотику. Третім симптомом можна вважати здатність переживати фізичний комфорт тільки в стані сп'яніння.

Отже, людина, залежна від психоактивних речовин перебуває в надзвичайно важкій ситуації. Захворювання диктує досить суворі вимоги, контролювати власну поведінку та власне життя дедалі важче, особисті риси стають на перешкоді раціональному підходу до змін.

Людам зі схильністю до залежності притаманні певні психологічні характеристики. Спеціалісти окреслюють ті риси особистості, які досить часто властиві залежним людям:

- нездатність приймати рішення без порад інших людей;
- готовність дозволяти іншим приймати важливі для себе рішення;
- готовність погоджуватися з іншими зі страху бути відкинутим, навіть при усвідомленні, що вони не мають рації;
- труднощі почати будь-які справи самостійно;
- готовність добровільно йти на виконання принизливих або неприємних дій з метою придбати підтримку й любов оточуючих;
- низька толерантність щодо самотності - готовність прикласти значні зусилля, щоб його уникнути;
- відчуття спустошеності або безпорадності, коли обривається значимий зв'язок;
- страх бути відкинутим;
- висока чутливість, піддатливість найменшій критиці або несхваленню з боку.

Наркозалежним особам властиве сполучення суперечливих особистісних якостей: різкі коливання настрою, нестійкість інтересів, сенситивність, переоцінка своїх можливостей, одночасний прояв полярних якостей психіки, такі як самовпевненість і вразливість, розв'язність і сором'язливість, пестливість і жорстокість, а також підвищена рефлексія й здатність до самоаналізу. Можна з високим ступенем імовірності припускати, що потенційно залежна особистість, сформована в процесі соціалізації, здатна легко знайти собі в навколишньому світі «підходящий» об'єкт або суб'єкт залежності.

Відомо також, що серед наркозалежних висока питома вага людей із

психіатричними розладами. Якщо в загальній популяції лише 1-2% страждає на них, то серед наркозалежних близько 25-30%. Як правило, це не психотичні, але стійкі порушення у вигляді хронічної депресії, або циклотимії, невротичних розладів, наслідків перенесених органічних розладів центральної нервової у вигляді психоорганічного синдрому, антисоціальної особистості тощ. Досить часто ці розлади маскуються наркозалежністю і тому психіатричне захворювання може бути адекватно впізнано та діагностовано тільки після того, як людина припинить споживання наркотиків.

Сьогодні проблема зловживання наркотиками та іншими психоактивними речовинами набуває для України загрозливого характеру. На думку експертів Міністерства внутрішніх справ України, загальна кількість споживачів наркотиків у нашій країні перевищує 1 млн. осіб, і наркоманія у нашій країні, можливо, навіть більше, ніж у багатьох інших країнах світу, пов'язана із злочинністю. І найбільшу тривогу викликає той факт, що вживають наркотики саме молоді люди. Згідно з дослідженням "Профілактика ВІЛ/СНІДу серед молодих людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом", проведеним Українським інститутом соціальних досліджень, Представництвом ЮНІСЕФ в Україні та Державним Центром соціальних служб для молоді в 2001 році, перша спроба переважно припадає на 16-17 років (27% опитаних) та 18-19 років (24% опитаних).

Зростає смертність серед підлітків від наркотиків. За даними Міністерства охорони здоров'я України, за останні 10 років частка наркоманів серед школярів зросла в 6-8 разів, а смертність серед них від наркотиків за цей час збільшилася в 40 разів. Виразно простежується зв'язок між зростанням споживання наркотиків і протиправною поведінкою підлітків і молоді.

### *3.4.2. Загальні підходи та принципи соціальної роботи*

#### **Завдання соціальної роботи із споживачами ін'єкційних наркотиків (СІН):**

**1. Профілактика ВІЛ та інших інфекцій у середовищі СІН** (сукупність профілактичних заходів - інформування, забезпечення профілактичними засобами, мотивування на зміну поведінки та більш відповідального ставлення до власного здоров'я тощо- для запобігання поширення ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків за своєю сутністю найбільш відповідає компетенції соціальної роботи, яка у цьому випадку покликана інтегрувати діяльність з охорони здоров'я, освіти та соціального забезпечення).

**2. Виявлення та соціальний супровід споживачів ін'єкційних наркотиків** (соціальна робота на перших етапах має бути спрямована на те, щоб активувати у клієнта інтерес до стану власного здоров'я, запропонувати відповідну діагностику,

консультування).

Для організації ефективної системи допомоги залежним від психоактивних речовин важливо дотримуватись чітких, гуманістичних принципів їх реабілітації.

Серед важливих **принципів роботи з людьми**, залежними від психоактивних речовин, зазвичай, виділяють такі, як:

1. Розуміння замість засудження.
2. Добровільність та партнерство замість контролю.
3. Конфіденційність.
4. Щирість та довірливість стосунків клієнта та консультантів.
5. Тісна співпраця з сім'єю клієнта.
6. Допомога для самопомоги (активність замість пасивності).
7. Комплексний характер допомоги.

Для розробки реабілітаційних програм для людей із залежністю важливими є **принципи ефективного лікування**, запропоновані NIDA – Інститутом по вивченню наркоманії при Національному інституті здоров'я США:

1. Не існує єдиного виду лікування, який би підходив всім хворим.
2. Потреба у лікуванні повинна бути по можливості задоволена якомога швидше.
3. Ефективне лікування спрямоване на різні симптоми і проблеми індивіда, а не тільки на зловживання наркотиками.
4. Індивідуальний лікувальний план (план одужання) повинен постійно знаходитися в центрі уваги і модифікуватися в залежності від потреб клієнта.
5. Для ефекту терапії дуже важливо, щоб участь в терапевтичній програмі мала адекватну тривалість.
6. Психологічне консультування (індивідуальне та/або групове) є наріжним компонентом ефективної терапії при наркоманії.
7. Застосування медикаментів є важливим елементом лікування для багатьох клієнтів, особливо у комбінуванні з психологічним консультуванням та поведінковою терапією.
8. Люди з наркотичною залежністю або споживачі наркотиків із супутніми психічними порушеннями повинні отримувати як наркологічну, так і психіатричну допомогу в інтегрованому вигляді.
9. Медична детоксикація є лише першою стадією лікування наркотичної залежності і сама по собі дуже мало впливає на довготривалі результати терапії.
10. Лікування не обов'язково повинно бути добровільним, щоб бути ефективним.

11. Можливості вживання наркотиків постійно повинні контролюватися об'єктивними методами в ході терапії.

12. Лікувальні програми повинні бути забезпечені діагностикою на ВІЛ, гепатити В та С, туберкульоз та інші інфекційні захворювання.

13. Одуjuanня від наркоманії звичайно є довготривалим процесом, який вимагає багатократних епізодів проведення лікування.

Отже, робота з людьми, які мають залежність від психоактивних речовин, повинна будуватися з огляду на численні соціальні, психологічні та біологічні чинники, пошуку методів і форм роботи, прийнятних для конкретного клієнта і з огляду на той етап зміни поведінки, на якому він перебуває.

Практика використання різних концептуальних підходів у вирішенні проблеми наркозалежності показує, що навіть якщо вдається за допомогою лікарських засобів або інших біологічних способів нормалізувати психофізіологічний баланс у людини, залежної від наркотиків, то проблема її залежності не вирішиться сама собою. І припинення зловживання наркотиками, як критерій ефективності лікування наркоманії, виявився недостатнім. Сьогодні переважаючим є переконання, що потрібна реконструкція особистості залежного. Зробити це можливо тільки, враховуючи його особистісні й інтелектуальні особливості.

При складанні соціально-психологічних реабілітаційних програм використовують різнопланові теоретичні підходи й моделі – психодинамічні, когнітивно-біхевіористські, гуманістично-екзистенційні тощо, кожна з яких пропонує власні техніки втручання. Важливою є концепція психосоціальної підтримки (ведення випадку) та створення терапевтичного середовища, застосування елементів сімейної терапії.

### ***3.4.3. Методи та технології соціальної роботи***

Виділяють кілька типів програм надання медичної та психосоціальної допомоги споживачам ін'єкційних наркотиків.

#### **Моделі допомоги споживачам ін'єкційних наркотиків:**

- *орієнтовані на повну відмову від наркотику*, які ґрунтуються на припущенні, що відмова від вживання наркотиків, припинення зловживання призведе до одночасного вирішення цілого комплексу проблем та негативних наслідків, пов'язаних із зловживанням наркотиками. Їх здійснюють у наркологічних лікарнях, диспансерах, або реабілітаційних центрах. В лікарнях як правило використовують переважно фармакотерапію та обмежено психосоціальні заходи, тоді як у реабілітаційних центрах –

тільки психосоціальні. Прикладами програм та заходів, спрямованих на повну відмову людини від вживання наркотиків можуть бути різноманітні реабілітаційні центри та програми духовно-релігійного спрямування, медико-психологічні або соціально-психологічні реабілітаційні програми, програми само- та взаємодопомоги (наприклад, програма „12 кроків”), а також примусове ув’язнення та реабілітація (як виконання покарання за скоєні злочини);

- *спрямовані на зменшення шкоди від вживання наркотиків*, які базуються на переконаннях про неможливість повного викорінення зловживання наркотиками як суспільного явища і натомість пропонують сфокусувати увагу на вирішенні першочергових проблем, спричинених зловживанням наркотиками, мінімізації наслідків зловживання. Передбачають, зокрема, проходження замісної терапії агоністами (підтримуючої або детоксикаційної). Після детоксикації потрібно проводити курс реабілітації, яка, зокрема, передбачає психосоціальні заходи, при цьому їх застосування планують разом із клієнтом. Програми та заходи, спрямовані на зменшення шкоди від вживання наркотиків, є різноманітними через різноманіття тих проблем, що спричиняються вживанням наркотиків.

У соціальній роботі з наркозалежними виділяють **три різновиди програм**: 1) профілактичні, 2) лікувальні, 3) соціально-реабілітаційні. Завдання соціальних працівників, які працюють з людьми із залежністю від психоактивних речовин, обумовлюються різновидом програми, в якій вони беруть участь.

*Профілактичні програми.* Виділяють три рівні профілактики: 1) первинна профілактика – запобігання виникненню негативного явища (наприклад, зловживання ін’єкційними наркотиками); 2) вторинна профілактика – запобігання появі негативних ускладнень, пов’язаних із даним негативним явищем (наприклад, профілактика передачі ВІЛ, гепатитів через ін’єкційне вживання наркотиків); 3) третинна профілактика – спрямована на полегшення наслідків, ускладнень даного негативного явища (наприклад, паліативна допомога, різні види реабілітації).

Існують програми профілактики початку вживання наркотиків, які мають бути невід’ємним елементом у системі виховання підростаючого покоління. Такі програми є програмами первинної профілактики наркоманії. Запобігати вживанню наркотиків також покликані системи моральних та законодавчих норм, що регулюють цей аспект суспільного життя. Однак, коли ми говоримо про профілактичні програми стосовно споживачів ін’єкційних наркотиків, то розуміємо програми профілактики небажаних наслідків поведінки людей, які вживають наркотик і роблять це ін’єкційним шляхом.



Добре відомим наслідком зловживання ін'єкційними наркотиками є створення сприятливих умов для поширення соціально-небезпечних інфекцій, таких як ВІЛ, гепатити та інше. Таким чином, профілактика ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків належить до заходів вторинної профілактики.

Існує чимало моделей профілактики. Так, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) радить використовувати такі **моделі профілактики вживання ін'єкційних наркотиків:**

- *модель моральних принципів* підкреслює те, що використання психоактивних речовин є аморальним та неетичним; як правило, вона набуває форми кампаній публічного вмовляння, яке часто проводять релігійні групи, а також політичні та громадські рухи, що зважають на такі принципи, як патріотизм, самопожертва заради загального добробуту. Моральний підхід здається найефективнішим у часи широкого релігійного відродження, а також активних фаз соціальних рухів, коли більшість населення залучено до загальноальтруїстичних заходів і соціальний контроль індивідуальної поведінки є найсильнішим;

- *модель залякування* ґрунтується на твердженні, що населення можна змусити не вживати наркотичні речовини, якщо інформаційні кампанії підкреслюватимуть небезпеку такої поведінки;

- *модель фактичних знань* докладає зусиль для покращання способів передачі та отримання інформації про наркотики; поширена думка, що програми фактичних знань ефективніші стосовно осіб, які мають певний досвід уживання наркотиків;

- *модель афективного навчання* полягає у застосуванні навчальних методик, які фокусуються більшою мірою на корекції деяких особистісних дефіцитів, ніж на проблемі власне вживання наркотичних речовин; визначальним принципом є той, що тенденція вживання може зменшуватися або зникнути, якщо такі дефіцити будуть подолані. Проблеми, які ідентифікують у таких програмах, стосуються самооцінки, визначення та прояснення особистісних цінностей, прийняття рішень, навичок подолання та зменшення тривоги, розпізнавання соціального тиску;

- *модель покращання здоров'я* може бути використана як непрямий підхід до освіти в галузі наркотиків. Оздоровчі програми заохочують розвиток альтернативних звичок. Цей підхід особливо корисний для людей, які здатні турбуватися про своє здоров'я;

- *профілактичну роботу з позицій підходу нормалізації, яка базується на наступних принципах:* 1) розширення розуміння причин, у зв'язку з якими людина звертається до наркотиків, вивчення цих причин; 2) важливість заходів, які не дозволяють випадковим

споживачам стати залежними; 3) інформація щодо ризику вживання наркотиків повинна бути подана разом з інформацією про ризик, пов'язаний із вживанням алкоголю та тютюну; 4) образ залежної від наркотиків людини повинен бути демістифікований і зведений до реальних пропорцій. На саму цю тему слід зняти табу та властиві їй емоційні та сенсаційні обертони; 5) ініціативи, які включають соціоекономічну та культурну емансипацію, здаються кориснішими, ніж залякуючі повідомлення.

Ідеї профілактики з позицій підходу нормалізації є найбільш гуманними. Профілактика наркоманії повинна базуватися не на заборонах і боротьбі з негативним, а на сприянні росту можливостей особистості розв'язувати складні життєві ситуації та робити здорові життєві вибори.

Соціальні працівники мають сприяти тому, щоб батьки звертали на профілактику вживання психоактивних речовин. Адже стандарти поведінки, які встановлюються вдома, дають дітям сильні стимули утримуватися від наркотиків і навпаки, іноді можуть провокувати експериментування з ними.

Профілактика адиктивної поведінки має починатися не в підлітковому віці, коли у дитини виникає потреба бути дорослою, яка часто реалізується через бунтарство та заперечення цінностей і норм, які прийняті в сім'ї, громаді, суспільстві, а значно раніше. Профілактику у сім'ї необхідно починати ще у ранньому дитинстві. Для цього важливо обговорювати існування корисних і некорисних продуктів, важливість турбуватися про своє здоров'я, існування небезпеки і не обов'язково у вигляді алкоголю та наркотиків. Небезпечними є речі, які часто знаходяться близько до дитини: предмети побутової хімії, наявні у кожному домі, ліки, які можна приймати тільки під наглядом дорослих тощо. Вже у молодшому шкільному віці з дитиною варто обговорити вживання цигарок та алкоголю. А до 10–11 років з дитиною варто обговорювати питання вживання наркотичних речовин.

Але надання самої по собі інформації про психоактивні речовини не є достатньою. Необхідно створення довірливої атмосфери в сім'ї, чому можуть сприяти такі чинники: розвиток близьких стосунків у сім'ї та досягнення взаємодовіри; формування у дітей зрозумілих уявлень про добро і зло; допомога дітям ставити перед собою конкретні цілі; надання можливості дітям відчувати себе частиною дружної сім'ї; пояснення дітям шкоди наркотиків; дотримання сімейних цінностей усіма членами родини.

Таким чином важлива психологічна підтримка, яку члени родини можуть надати одне одному. Дитина повинна відчувати, що її люблять і приймають у сім'ї такою, як вона є, з усіма її перевагами та недоліками. Має бути встановлений сильний емоційний зв'язок між членами родини, зокрема між батьками та дітьми. Інакше дитина (підліток) будуть шукати

ці емоційні переживання в інших джерелах. І якщо молода людина з тих чи інших причин спробує певну психоактивну речовину, в результаті отримавши переживання, яких не вистачало в житті, то існує великий ризик виникнення та закріплення адиктивної поведінки.

Соціальним працівникам годиться брати до уваги й те, що важливу роль у профілактиці відіграє школа. Програма профілактики у школі має носити системний характер і проводитися впродовж усього періоду навчання. Така робота повинна мати інтерактивний характер та набирати різних форм, як от: тренінги, тематичні зустрічі, дискотеки тощо. Адже, як засвідчують українські дослідження, підлітки та молодь скептично ставляться до лекцій і формальних заходів.

Найбільш популярною формою подачі нових знань сьогодні стає *тренінг*. Тренінг – це вид групової роботи, що включає активні методи групової роботи з метою формування нових навичок, самопізнання та саморозвитку.

Другий тип програм — це *лікувальні програми*, ключове місце в яких посідає надання медичної допомоги клієнтам. З-поміж цих програм слід відзначити різні види детоксикації та замісну терапію. Таку допомогу як правило надають у наркологічних лікарнях, диспансерах та інших спеціалізованих закладах охорони здоров'я.

*Детоксикація* призначена для лікування абстинентних розладів («ломки»), що неминуче виникає при припиненні вживання наркотику. Важливо зрозуміти, що детоксикація не є лікуванням наркоманії. Її варто розглядати лише як перший, але дуже важливий етап позбавлення від наркотичної залежності. Проте інколи періодична детоксикація використовується споживачами наркотиків тільки для того, щоб покращити стан здоров'я, зменшити потрібну дозу наркотику, стабілізувати свій стан. Можна виділити декілька різновидів детоксикації: 1) амбулаторна детоксикація 2) детоксикація в стаціонарі.

Зазвичай, програми детоксикації не передбачають участі соціального працівника. Проте такої участі може потребувати клієнт, для якого дуже важлива підтримка соціального працівника як до, так і на перших етапах після проходження детоксикації.

Слід зазначити, що власне медикаментозне лікування без залучення реабілітаційних можливостей соціальних працівників та психологів, як правило, є неефективним. Так, особи з опійної наркоманією, котрі отримали лише медичну допомогу в обсязі зняття гострого абстинентного синдрому, практично стовідсотково повертаються до вживання наркотиків упродовж року.

Слід орієнтуватися на програми, в яких професіонали працюють у

мультидисциплінарній команді, до складу якої можуть входити: лікар, медична сестра, соціальний працівник, психолог. Разом з ними працюють парапрофесіонали: співзалежні, экс-наркомани та экс-алкоголіки. Це дозволяє вже на перших етапах реабілітації розв'язувати проблему комплексно, із залученням до роботи членів родин залежних осіб, із проведенням індивідуальної та групової роботи за різними напрямками.

Сучасним напрямом у лікувальних програмах для споживачів ін'єкційних наркотиків є *замісна підтримуюча терапія* - форма медичної допомоги, що базується на застосуванні подібної чи ідентичної речовини (прикладами таких речовин слугують метадон, бупренорфін та ін.) при лікуванні опіоїдної залежності, що дозволяє запобігти розвитку синдрому відміни та блокувати потяг до нелегальних опіоїдів.

Цінність замісної терапії полягає в можливості, яку вона надає залежним споживачам ін'єкційних наркотиків щодо зменшення ризикованої поведінки та стабілізації їхнього життя в медичному та соціальному сенсі. Зазвичай таку терапію розглядають як прийнятний варіант допомоги тим наркозалежним, які вважають припинення вживання наркотику та повне утримання від нього заважким для себе і фактично не в змозі припинити вживання, навіть якщо прагнуть це зробити. Бажано, щоб препарати замісної терапії мали більшу тривалість дії (період фармакологічного напіврозпаду), ніж наркотик, який вони замінюють, задля відкладення появи синдрому відміни та зменшення частоти застосування. Це дає змогу людині концентрувати увагу на звичайній повсякденній діяльності без потреби в отриманні та вживанні препарату. Більше того, заміна всіх заборонених наркотиків на призначений препарат допомагає знизити злочинну активність, змінити спосіб життя.

Основні цілі замісної терапії:

- допомогти пацієнтові залишатися здоровим, доки він / вона не зможе, належним доглядом і підтримкою, досягти способу життя, вільного від заборонених наркотиків;
- зменшити рівень вживання заборонених чи отриманих без рецепту наркотичних речовин окремими особами;
- вирішувати проблеми, пов'язані зі зловживанням наркотиками;
- зменшити рівень ризикованої поведінки, пов'язаної зі зловживанням наркотиками, зокрема, ризик смерті від передозування, ВІЛ/СНІДу, гепатитів В, С та інших інфекцій, що передаються через кров внаслідок спільного користування ін'єкційним обладнанням і матеріалами;
- зменшити тривалість епізодів зловживання наркотиком;
- зменшити ймовірність рецидиву — повернення до зловживання наркотиком у

майбутньому;

- зменшити кримінальну активність, що виникає, аби здобути кошти для зловживання наркотиком;

- стабілізувати стан пацієнта на препараті-заміннику, якщо це може бути застосовано, задля полегшення симптомів відміни;

- частіше звертатися по медичну допомогу з інших приводів;

- покращити загальне особисте, соціальне та сімейне функціонування.

Окрім суто медичних інтервенцій, хворий має ще отримати певну соціальну допомогу у вигляді послуг, як-от: консультування з питань ВІЛ/СНІДу; надання психологічної допомоги; сприяння в оформленні субсидій; надання безкоштовних продуктових пайків та харчування; сприяння в отриманні медичної допомоги; догляд вдома за людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом, які перебувають на термінальній стадії захворювання; залучення до груп самопомоги; надання засобів профілактики та гуманітарної допомоги; клуб знайомств для ВІЛ-позитивних людей; організація дозвілля та розваг тощо.

До третьої групи спеціалізованих програм відносять такі, які можна назвати безмедикаментозними програмами (програмами соціальної реабілітації) і які мають на меті реінтеграцію, реадаптацію, ресоціалізацію осіб із залежністю. Реабілітаційні програми позбавлення від залежності базуються на тому, що одужання людини відбувається при утриманні від психоактивних речовин і на можливості застосування власного потенціалу як особистості, на вірі в кожну особу, котра здатна зрозуміти власне зростання. Цей чинник життєво важливий для одужання від алкоголізму та наркоманії.

Основні методи психосоціальної роботи із споживачами наркотиків:

1) *психотерапія*: у роботі з споживачами наркотиків найкраще зарекомендували себе форми сімейної терапії (робота із сім'єю), групової терапії (робота над собою у групі взаємовпливу), арт-терапії (особисте зростання та зцілення через різні форми мистецтва), психодрама (особлива форма рольових ігор). Більшість методів роботи із клієнтом застосовуються з метою сприяння особистому зростанню людини, подоланню особистих негараздів та психологічних проблем. Часто душевне зцілення відбувається під впливом різноманітних, часом – доволі несподіваних чинників;

2) *релігійна психотерапія* - залучення клієнта до релігійної спільноти, де через віру та соціальну підтримку він може досягати суттєвих змін у душевному стані, духовному розвитку та соціальному житті. Подеколи, у релігійних спільнотах свідомо застосовуються різні методи психологічного та психотерапевтичного впливу. У більшості

випадків релігійна терапія для клієнта означає не тільки і не стільки позбавлення від наркозалежності, скільки зовсім нове життя, пов'язане із слідуванням нормам релігії та релігійного співтовариства, життя, що має свої переваги та вади;

3) *програми, що базуються на принципах 12 кроків* - головним завданням програми є зміна поглядів людини на світ, повернення його до більш традиційних людських цінностей. Програма «12 кроків» спирається на притаманну людині внутрішню релігійність, хоча і не вимагає віри у конкретного Бога або належності до якоїсь релігійної конфесії. Вона стала основою для розвитку інших програм («Мінессотська модель», тощо), які адаптували принципи програми до місцевих умов та успішно застосовують на практиці. Програми «12 кроків» можуть функціонувати у вигляді груп взаємодопомоги. Тоді соціальний працівник може сприяти входженню клієнта у таку програму, шляхом інформування його про її існування тощо. У адаптованих програмах, що базуються на принципах «12 кроків», інколи передбачається залучення соціального працівника на певних етапах роботи із клієнтами, для виконання таких важливих завдань як допомога у відновленні соціальних зв'язків, документів, прав, матеріальної допомоги, працевлаштування тощо;

4) *психотерапевтичні спільноти*, тобто об'єднання людей, структуровані таким чином, що вони набувають терапевтичного значення. Терапія середовищем ґрунтується на психологічній атмосфері, утворюваній всіма учасниками спільноти.. Середовище в терапевтичній спільноті забезпечує високий рівень безпеки та захищеності людини, яка прагне одужати. Саме за таких умов людина може вільно навчатися новим способам поведінки, робити помилки і вчитися з цього атмосфера.

Важливою умовою повноцінного функціонування терапевтичної спільноти є сформоване середовище, тобто сукупність об'єктивних чинників – організаційних (де саме, у якому закладі надається допомога) та функціональних (медичних, трудових, освітніх, виховних, психолого-психотерапевтичних, сімейних тощо), об'єднаних програмою реабілітації, яка впливає на відновлення та формування соціально прийнятних особистісних та поведінкових якостей людини, що сприяють її реабілітації та ресоціалізації.

Загалом, у процесі подолання залежності варто робити акцент на формуванні нових адаптаційних механізмів особистості, на навичках пошуку ресурсів у собі та найближчому оточенні. Це необхідно, аби людина могла максимально адекватно інтегруватися у суспільство (в макро- та мікросоціум) відповідно до індивідуальних особливостей, можливостей, а також з урахуванням реалій її сімейного та трудового досвіду й громади.

Розв'язання таких складних проблем передбачає довготривалу реабілітацію людини, із залученням до програми фахівців та людей, які навчилися жити із залежністю.

Якщо людина залишається на етапі незацікавленості у зміні свого ризикованого способу життя, то їй пропонується **програма зменшення шкоди**. Тобто ті програми, котрі ставлять за свою мету скорочення шкоди, пов'язаної з вживанням наркотиків, та не вимагають від клієнта зниження рівня споживання. “Зменшення шкоди” – це низка практичних стратегій, метою яких є встановлення контакту зі споживачами наркотиків “на їхній території” для надання їм допомоги, спрямованої на скорочення шкоди, пов'язаної із вживанням наркотиків як для самих споживачів, так і для суспільства в цілому (мова йде про “безпечне” вживання наркотичних речовин, попередження передачі ВІЛ-інфекції, гепатиту С, сифілісу тощо через спільне використання шприців). Ця стратегія не слідує традиційним моделям ставлення до проблеми наркозалежності як до питання моралі, кримінального права, або як до хвороби, але зосереджує свою увагу на покращенні здоров'я окремого індивіда та суспільства в цілому.

Модель пропонує різні напрямки роботи, включаючи допомогу тим людям, які хочуть припинити вживання наркотиків. Програма не розглядається як “лікування”, в цій роботі можуть бути зайняті як професіонали, так і колишні та активні споживачі наркотиків. Але при цьому відмова є оптимальним результатом діяльності моделі.

*Компоненти програм зменшення шкоди:*

- інформаційно-освітня робота: розробка інформаційних матеріалів разом зі споживачами наркотиків; навчання через волонтерів з числа колишніх чи “одужуючих” наркоманів; робота в громадах груп ризику;
- доступ до добровільних та конфіденційних послуг охорони здоров'я;
- добровільне й конфіденційне консультування та тестування на ВІЛ;
- доступ до дезінфікуючих засобів;
- доступ до чистих шприців;
- доступ до метадонової чи іншої замісної терапії;
- доступ до презервативів.

Складовою програм зменшення шкоди є *вулична соціальна робота*, спрямована на встановлення контакту та надання допомоги тим клієнтам, які не належать до числа користувачів існуючих служб чи послуг та з якихось причин є важкодоступними для закладів системи охорони здоров'я. Вулична робота — це також донесення профілактичної інформації до споживачів наркотичних речовин у ті місця, де вони зазвичай збираються, проводять час (наприклад, точки продажу наркотичних речовин у

місті, квартири споживачів, навчальні заклади, наркологічні чи інфекційні лікарні, пенітенціарні заклади).

Ключовою метою проведення вуличної роботи, як і програм зменшення шкоди в цілому, є зміна норм поведінки в групі споживачів наркотичних речовин. Однак, зміна соціальних норм неможлива без зміни поведінки окремих членів цієї групи. Тому найефективнішою формою вуличної роботи визнано роботу за принципом “рівний – рівному” (“залучення наставників одного віку і однакового походження для передачі просвітницьких послань цільовій групі”, що дозволяє використовувати індивідуальний досвід та формувати індивідуальний підхід до кожного клієнта програми. Основним принципом вуличної роботи є те, що клієнт бере на себе відповідальність за проблеми.

#### ***3.4.4. Організація надання допомоги споживачам ін'єкційних наркотиків***

У світі домінує підхід, при якому біологічну (медичну) частину роботи виконують переважно в загальносоматичних медичних закладах, які здійснюють так звану детоксикацію. Психосоціальну ж реабілітацію у формі різноманітних програм в більшості випадків організовано за межами медичних установ. Значна кількість таких програм – це так звані фахові реабілітаційні програми, побудовані на 12-крокових та споріднених підходах. Майже 10 відсотків реабілітаційних установ – це різноманітні терапевтичні спільноти. При цьому співвідношення між амбулаторними і стаціонарними програмами швидко змінюється в напрямку тотальної переваги амбулаторних форм обслуговування. Нині популярними є такі заклади, що надають соціальні та психологічні послуги людям із залежністю від психоактивних речовин, як реабілітаційний центри, спільноти, “будинки на півдорозі” тощо.

Наприклад, у Польщі в останні роки відбуваються зміни в модальності лікування та реабілітації наркозалежних, розширюється використання комплексних програм допомоги, зокрема, індивідуальної і групової терапії.

Нині у цій країні реабілітацію наркозалежних проводять у різних закладах, зокрема, у клініках системи охорони здоров'я; громадських центрах, заснованих державними органами, міністерствами або місцевою владою; недержавних закладах, заснованих громадськістю, фондами, юридичними або приватними особами.

Клініки системи охорони здоров'я можуть надавати послуги у стаціонарних чи амбулаторних умовах. Реабілітаційні центри стаціонарного і амбулаторного характеру надають, зокрема, наступні послуги, як психологічні інтерв'ю і консультації, оцінювання стану; фармакотерапію; індивідуальну психотерапію залежного, включно з кризовими



інтервенціями, підтримуючу психотерапію; інші види психотерапії і консультування, включно з сімейною терапією, груповою терапією, консультуванням; інші види реабілітаційного лікування, включно з рекреаційною терапією, терапією праці, інтерв'ю і соціальними інтервенціями.

У рамках допомоги, яку надають клієнтам після проходження ними повного основного циклу реабілітації у стаціонарних клініках, переважають наступні види діяльності: групи підтримки, семінари, консультування; продовження шкільного навчання, особливо для підлітків; професійні курси (які фінансують місцеві органи влади); інтервенції, соціальні інтерв'ю, допомога у знаходженні місця працевлаштування; фінансування квартир і гуртожитків, куди пацієнтів направляють із реабілітаційних центрів (клієнт використовує квартиру чи гуртожиток упродовж адаптаційного періоду, коли він зобов'язаний брати участь у заходах психологічної або соціальної підтримки).

Варто підкреслити, що ці гуртожитки і так звані адаптаційні квартири органи місцевої влади фінансують далеко не завжди, оскільки клієнти часто прибувають до реабілітаційних центрів із різних частин країни. Головний фінансовий тягар фінансування несе Бюро з проблем наркозалежності Польщі. Кошти на соціальну реабілітацію у рамках програми „постреабілітації” виділяє й Національне бюро з профілактики наркозалежності.

В останнє десятиліття в Польщі спостерігається розширення спектру послуг, які надають в амбулаторних умовах. Клієнтам пропонують: діагностику, консультування, медичні і юридичні консультації, сприяння контактам зі стаціонарними клініками, іноді індивідуальну і групову психотерапію. Програми замісної (метадонової) терапії реалізують тільки громадські амбулаторні служби лікування наркозалежностей.

В Україні до кінця 1980-х років проблемою наркотиків займалося надвизначно вузьке коло спеціалістів, переважно лікарі-наркологи. Інформація, якою вони оперували, була закритою. Їй досі основу існуючої системи допомоги особам із залежністю від наркотичних речовин в організаційному плані складають наркологічні медичні заклади, переважно місцевого підпорядкування. В деяких випадках (Київ, Харків) такі наркологічні заклади – це наркологічні лікарні, у більшості областей – обласні наркологічні диспансери.

Разом із тим в Україні розвиваються новітні підходи до допомоги людям із залежністю від психоактивних речовин. Окрім реабілітаційних програм Київської наркологічної лікарні „Соціотерапія”, діють нехай і невеликі, але повноцінні психосоціальні реабілітаційні центри, які відповідають вимогам державних стандартів, у недержавних і комерційних організаціях. Такі центри працюють в Одесі, Полтаві,

Чернігові, Дніпропетровську, Київській та Хмельницькій областях, деяких інших місцях. Вони мають помітний вплив на підвищення рівня соціально-психологічної реабілітації.

Є приклади здійснення вуличної соціальної роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків, впроваджуються певні освітньо-профілактичні програми.

Звичайно, в Україні необхідний подальший розвиток соціально-психологічної допомоги особам із залежністю, поєднання зусиль професіоналів, зокрема соціальних працівників і тих, хто подолав залежність, створення низки сучасних закладів і системи моніторингу за якістю надання послуг у них.

### ***3.4.5. Приклади діяльності соціальних служб***

**Терапевтична спільнота “Маріїна школа”** розпочала діяльність у листопаді 1998 року у складі Київської міської наркологічної клінічної лікарні “Соціотерапія”

Співробітниками спільноти розроблено оригінальну програму реабілітації людей із залежністю від наркотичних речовин, в основі якої лежить гуманістичний та біхевіористсько-когнітивний підхід. Для цієї програми реабілітації властива гуманістична спрямованість: відкритість, комплексність, етапність, наукова обґрунтованість реабілітаційних технологій та принципів, гласність, гнучкі комунікативні зв'язки, активна участь клієнтів у лікувально-реабілітаційному процесі, розподіл відповідальності за ефективне функціонування реабілітаційного середовища, повага та довіра до персоналу та один до одного. У рамках програми стимулюють самостійність клієнтів, їхню відповідальність, ініціативність, акуратність, креативність, дотримання норм етики та гігієни, працелюбство.

У спільноті використання впливу середовищем є основним, тому кожен аспект життя вважають суттєвим і потенційно терапевтичним. Це можна побачити, розглянувши розпорядок дня “Маріїної школи”, розписаний похвилинно. Терапевтичний вплив середовища відбувається на кожному етапі дня. Наприклад, черговий соціальний працівник стежить, щоб вчасно піднявся черговий по корпусу, котрий мусить збудити всіх членів спільноти. До обов'язків чергового по корпусу також входить: стеження за ранковим та вечірнім прибиранням закріпленої за кожним клієнтом території корпусу та кімнати; прибирання закріпленої за ним території корпусу та ганку; контроль за чистотою у туалетних кімнатах та у ванній кімнаті; стеження за відвідуванням кінезіотерапії клієнтами; повідомлення клієнтів щодо часу проведення ранкової та вечірньої груп та підготовка приміщення до їх проведення; за 15 хвилин до відбою попередження клієнтів про підготовку до сну; доповідь про стан справ у спільноті на ранковому зібранні. Таким

чином, черговий має чимало обов'язків, виконання яких дозволяє членам спільноти вчитися брати на себе відповідальність і відчувати себе уповноваженим робити потрібні речі.

Приміщення, де розташована зараз “Марііна школа”, дісталось їй у напівзруйнованому вигляді. Це мало певний терапевтичний сенс, бо майже все у спільноті ремонтували або будували за активної участі клієнтів. А те, що створене власними руками і до чого докладено чимало зусиль, викликає до себе поважне ставлення. Тому клієнти стежать за тим, щоб у спільноті нічого не руйнували, підтримують чистоту і порядок, з повагою ставляться до своєї праці та праці інших, вони починають пишатися власною працею. Прояви такої поведінки яскраво видно, коли до спільноти потрапляє новачок і самі клієнти пояснюють йому правила перебування у спільноті, звертаючи особливу увагу на необхідність дотримуватися чистоти і порядку, адже “ми тут живемо і звикли до чистоти”. Ті клієнти, котрі пройшли всю програму у спільноті і досягли тривалої ремісії, відвідуючи “Марііну школу”, згадують, які стіни вони фарбували, що саджали на городі, як ремонтували щось. Важливо зазначити, що клієнти, перебуваючи у спільноті, навчаються один у одного та у професіоналів різним видам робіт. По суті у багатьох із них у процесі роботи “по дому” відбувається формування відповідальності, охайності, а ці якості сприяють зростанню самооцінки та подоланню залежності.

Однією із вимог перебування у “Марііній школі” є ведення щоденника. Для тих, хто тільки починає реабілітацію у спільноті, це майже проблематично: вони не знають, що і як записувати у щоденнику, інколи не бачать сенсу в записах. Тому соціальні працівники розробили для новачків шаблон ведення щоденника. Ведення щоденника обов'язкове для всіх клієнтів “Марііної школи” незалежно від етапу реабілітаційної програми, на якому вони перебувають. З переходом з кроку на крок у клієнтів відпадає потреба у шаблоні для щоденникових записів. Відзначимо певну динаміку ведення щоденника: використання готових шаблонів для записів (для новачків); використання порад соціального працівника щодо ведення записів і аналізу дня (для “продвинутих” клієнтів); самостійний аналіз пережитого за день і виокремлення важливих висновків. Щоденникові записи, як правило, обговорюють із соціальним працівником, часто вони дають поштовх і ґрунт для глибокого аналізу поведінки клієнта, його взаємин з оточуючими тощо. Ведення щоденників для більшості клієнтів з часом стає потребою. Багато з них зберігають щоденники й перечитують їх у складних ситуаціях, а відтак продовжують вчитися з власного досвіду.

Вплив терапевтичного середовища відбувається насамперед завдяки послабленню ієрархічних стосунків як між самим персоналом, так і між персоналом та клієнтами

реабілітаційної програми. Отже, йдеться про свого роду демократизацію стосунків у спільноті, яка передбачає відповідальність кожного члена спільноти за власні вчинки. Це не означає, що у спільноті існує повна рівність. Радше навпаки – діє виразна покрокова модель, яка визначає права та обов'язки кожного учасника реабілітаційної програми. Життя у спільноті організоване таким чином, що чим вищим є крок реабілітації, тим більше прав, обов'язків та можливостей впливати на групове рішення має клієнт.

У “Маріїній школі” впроваджено п'ятикрокову систему реабілітації, яка складається з наступних етапів: 1) випробувальний термін (два тижні); 2) перший крок (один місяць); 3) другий крок (два-три місяці); 4) третій крок (два-три місяці); 5) четвертий крок – “випускник” (один-два місяці).

Просування клієнта може виглядати як підвищення, так і пониження у статусі. Пониження відбувається при невиконанні розпорядку дня або обов'язків. Термін перебування на кожному етапі є умовним і може змінюватися індивідуально для кожного клієнта, проте ці зміни терміну не повинні перевершувати половини відведеного часу на кожен крок. Неможливість клієнта справитися із певним кроком може призвести до виключення його із програми спільноти. Кроки виконують кілька функцій. По-перше, мотивуючу, оскільки з кожним кроком збільшується обсяг прав та привілеїв. По-друге, стимулюючу, адже не можна перебувати на одному кроці занадто довго і, таким чином, використовувати перебування у “Маріїній школі” як “схованку” від своїх проблем. По-третє, вони допомагають клієнтам відстежувати динаміку реабілітації.

Для кожного етапу визначено умови, за умови виконання яких клієнт може просуватися від кроку до кроку. Перехід клієнтів із кроку на крок обговорюють на загальних зборах усіх клієнтів та персоналу спільноти. Виступ клієнта, який хоче перейти з кроку на крок, зазвичай викликає жваві дискусії. Якщо персонал та клієнти висувають чимало зауважень до клієнта, то йому радять попрацювати над покращенням поведінки і пропонують подолати межу між кроками наступного разу.

Для формування терапевтичного середовища важливий розподіл відповідальності за реабілітаційний процес між професіоналами та клієнтами. Це виявляється у залученні клієнтів до планування роботи, до самообслуговування, до вирішення важливих питань, які в інших центрах розв'язують без участі клієнтів. Залучення клієнтів до планування та обговорення важливих проблем відбувається на спеціальних ранкових зібраннях, в ході яких підбивають підсумки за попередній день та планують наступний день.

Інший приклад психосоціальної допомоги особам із залежністю від психоактивних речовин демонструє **Центр ресоціалізації наркозалежної молоді м. Києва**. У його

денному відділенні впроваджено тримісячну амбулаторну програму, яка складається з групової та індивідуальної психотерапії, арт-терапії, інформаційно-мотиваційного тренінгу, тренінгу соціальних навичок, тренінгу профілактики зриву, соціального консультування тощо. Як складові елементи такої програми передбачені моніторинг та оцінка результатів її проходження.

---

## **Висновки**

---

1. Залежність від психоактивних речовин є проявом адиктивної поведінки, тобто однієї з форм деструктивної поведінки, яка проявляється в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану через прийом певних речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або видах діяльності, що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій.

2. Робота з людьми, які мають залежність від психоактивних речовин, повинна будуватися з огляду на численні соціальні, психологічні та біологічні чинники, пошуку методів і форм роботи, прийнятних для конкретного клієнта і з огляду на той етап зміни поведінки, на якому він перебуває.

3. У соціальній роботі з наркозалежними виділяють три різновиди програм: 1) профілактичні, 2) лікувальні, 3) соціально-реабілітаційні. Завдання соціальних працівників, які працюють з людьми із залежністю від психоактивних речовин, обумовлюються різновидом програми.

## **Запитання для самоперевірки**

1. Дайте визначення залежності.
2. У чому полягають особливості фізичної та психологічної залежності?
3. Як Ви розумієте, чому соціальним працівникам, котрі допомагають людям із залежністю, важливо працювати з родинами?
4. Які підходи до роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків ви можете назвати?
5. Які є моделі профілактики вживання психоактивних речовин? Охарактеризуйте їх.
6. Чому, на Вашу думку, почали розвиватися програми зменшення шкоди та вулична соціальна робота із споживачами ін'єкційних наркотиків?
7. У чому, на Вашу думку, полягають особливості безмедикаментозних реабілітаційних програм для людей із залежністю?
8. Як Ви розумієте, що таке терапевтична спільнота? Що її утворює?

## Література

1. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide. – NIDA, 1999. – <http://165.112.78.61/PODAT/PODAT1.html>.
2. Богдан Д., Філь С. Вулична соціальна робота як метод профілактики ВІЛ/СНІДу // Магістеріум. Вип. 10. Соціальна робота і охорона здоров'я. – К.: КМ Академія, 2004.
3. Соціально-психологічно реабілітація людей із залежністю від наркотичних речовин. – К.: Граффіті груп, 2003.
4. Гриненко І. Соціальні аспекти незаконного обігу наркотиків // Соціальна політика і соціальна робота. – 2003. - № 1. – С. 106.
5. Молоді люди, які вживають ін'єкційні наркотики: поінформованість, усвідомлення ризику ВІЛ-інфікування, поведінка (Аналітичний звіт за результатами опитування споживачів ін'єкційних наркотиків у рамках проекту “Профілактика ВІЛ/СНІДу серед молодих людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом”). – К., 2001. – С. 14.
6. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Вид. дім „Києво-Могилянська академія”, 2006.
7. Соціальна робота. В 3-х ч. – Ч.3. Робота з конкретними групами клієнтів / За ред. Т.В. Семигіної, І.М. Григи. – К.: Києво-Могилянська академія, 2004.
8. Соціально-психологічне консультування клієнтів програм замісної підтримуючої терапії: Навч. посібник / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я, 2006. – 110 с.
9. Стецков О. Оцінка програми ресоціалізації наркозалежної молоді // Соціальна політика і соціальна робота. – 2004. - № 2.
10. Формування здорового образу життя / Вакуленко О. та ін. – К. Український інститут соціологічних досліджень, 2000. – С. 40.

### **3.5. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом**

#### ***3.5.1. Перебіг ВІЛ/СНІДу і його соціальні наслідки***

Нині понад 40 мільйонів осіб в усьому світі інфіковані ВІЛ та живуть з цією проблемою. Торкнулась ця проблема й України, де на обліку перебуває близько 80 тисяч ВІЛ-позитивних осіб, проте вважається, що в нашій країні приблизно 2% людей репродуктивного віку живуть із ВІЛ.

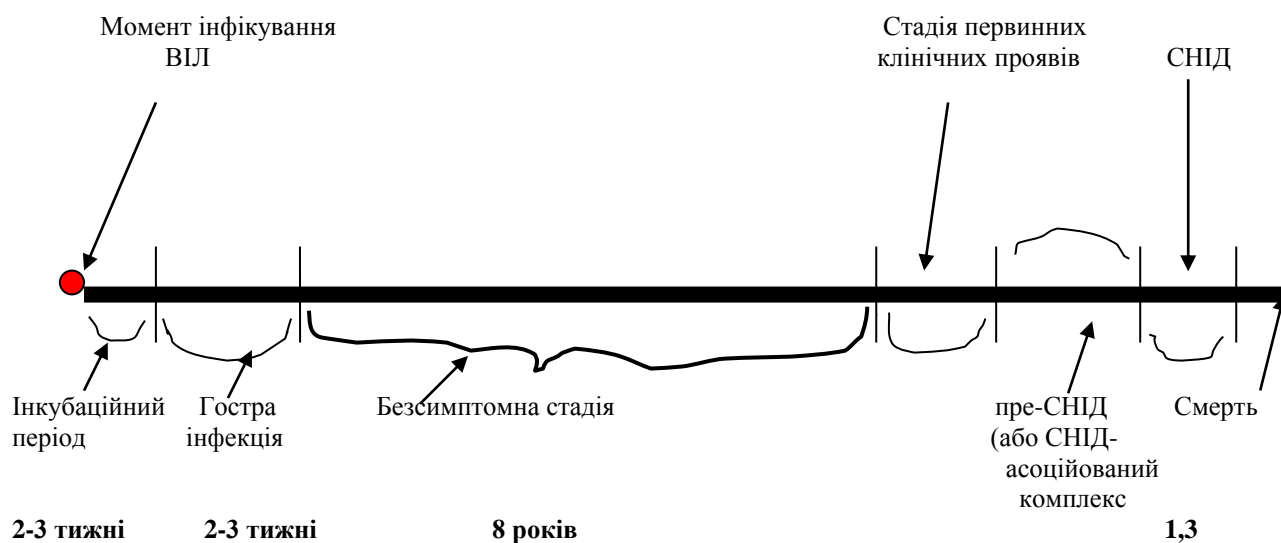
Збудник ВІЛ-інфекції – вірус імунодефіциту людини, що належить до родини

ретровірусів та підродини лентівірусів. Лентівіруси викликають хронічні інфекції з тривалим латентним періодом, прогресуючим перебігом, постійним розмноженням збудника (персистуючою репродукцією) та ураженням центральної нервової системи.

Виділяють три основні шляхи передачі ВІЛ:

- **статевий** (всі види сексуальних контактів);
- **парентеральний** (передача ВІЛ при переливанні інфікованої крові та її препаратів, використанні контамінованого (забрудненого) ВІЛ медичного інструментарію та/або розчинів, у тому числі при ін'єкційному споживанні наркотиків, трансплантації органів ВІЛ-інфікованого донора, тощо);
- **від інфікованої матері до дитини** (інфікування під час вагітності та пологів а також під час вигодування дитини грудним молоком від інфікованої матері).

Розвиток ВІЛ-інфекції у дорослої людини без антиретровірусної терапії від моменту інфікування ВІЛ до смерті в середньому проходить 10-11 років (рис. 10). Можливі також випадки, коли цей період є меншим або більшим, ніж 10 років. Запровадження антиретровірусної терапії дозволяє суттєво подовжити цей період.



**Рис.10. Стадії розвитку ВІЛ-інфекції**

Після того, як ВІЛ потрапив у організм людини настає **інкубаційний період**. Під час цього періоду вірус активно розмножується (звідси й назва стадії). Концентрація його в крові стає досить високою (до речі, достатньою для інфікування іншої людини). Водночас імунній системі людини потрібен деякий час, щоб зібратися з силами і відреагувати на прихід вірусу. Отже, в інкубаційному періоді не спостерігається видимих проявів активної реакції з боку організму на потрапляння в нього ВІЛ. Тривалість – 2-3 тижні

Коли імунна система людини збере ресурси для того, щоб спробувати дати відсіч нападу вірусу, настає **стадія гострої інфекції**. Адже підвищення температури у цій стадії,

збільшення лімфатичних вузлів є не чим іншим, як спробою організму захиститись від вірусу. У цій стадії також можуть спостерігатись біль у м'язах, горлі, слабкість, пітливість, плямистий висип на шкірі. Жоден з цих проявів не є характерним лише для ВІЛ-інфекції. Такі самі прояви спостерігаються, наприклад, при грипі чи мононуклеозі. Саме тому за такими симптомами, зазвичай, ніхто не підозрює прояви ВІЛ-інфекції. Найчастіше лише детальні спогади ВІЛ-інфікованого дозволяють встановити, що у нього були прояви цієї стадії. Часом у цьому допомагає така обставина, як нехарактерний для грипу чи інших респіраторних вірусних інфекцій сезон (наприклад, літо). Не у всіх ВІЛ-інфікованих ця стадія має відчутні прояви, інколи вона протікає без симптомів.

Під час цієї стадії відбувається важливий процес – активно синтезуються антитіла. Їх рівень стає достатнім для виявлення спеціальними тестами. На цій стадії вірус продовжує активно розмножуватись. Ця стадія завершується відновленням самопочуття, зникненням симптомів. Завдяки тому, що імунній системі вдається частково взяти під контроль інфекцію сповільнюється швидкість розмноження вірусу (знижується його концентрація в крові). Тривалість стадії, включаючи відновлення, - 4-6 тижнів.

**Безсимптомна стадія** ВІЛ-інфекції отримала таку назву через відсутність зовнішніх проявів інфекційного захворювання. ВІЛ-інфікований відчуває себе здоровим, повністю збережена працездатність (якщо, звісно, немає супутніх захворювань). Але насправді впродовж усієї цієї стадії вірус повільно підточує імунну систему. Безумовно, ресурси організму протягом певного часу дозволяють поповнювати запас втрачених клітин. Але з часом цей ресурс поступово вичерпується. Середня тривалість стадії – 8 років. Відомі випадки більш тривалої безсимптомної стадії (15 років і більше).

**Стадія первинних клінічних проявів** – коли імунна система виявляється неспроможною працювати, як раніше. Виникають перші симптоми захворювання. Це може бути збільшення лімфовузлів кількох груп (вони розташовані групами навколо певних органів людини), втрата ваги тіла, періодичне підвищення температури, слабкість. Можуть виникати перші ознаки опортуністичних інфекцій.

З часом відбувається наростання імунодефіциту. Перебіг опортуністичних інфекцій стає тяжчим, приєднуються все нові інфекції. Ця стадія має назву **пре-СНІД** (або СНІД-асоційований комплекс).

На цій **стадії СНІДу (синдрому набутого імунодефіциту)** розвиток симптомів опортуністичних інфекцій досягає найбільшого розмаху, перебіг їх дуже тяжкий, розвиваються злоякісні пухлини. Для цієї стадії характерне також ураження вірусом нервової системи, що спричиняє тяжкі ускладнення. Середня тривалість стадії СНІДу – 16



місяців.

Діагноз «ВІЛ-інфекція» в певному розумінні являє собою виклик фізичним, психічним, та соціальним можливостям людини. Знання діагнозу зумовлюють, але не визначають різного роду зміни у житті конкретної людини, тим самим підводячи її до прийняття важливих рішень.

Дослідження виявило наступні групи потреб людей, що живуть з ВІЛ:

*медичні потреби:*

- діагностика щодо ВІЛ та опортуністичних інфекцій (вільний доступ, всебічність, регулярність);
- лікування (наявність ліків, вільний доступ, навчений медичний персонал);
- профілактична діагностика (медичне обслуговування за місцем проживання);
- паліативний догляд на дому;
- доступність лікування та реабілітації особам з подвійною проблемою ВІЛ та наркозалежність;

*юридичні потреби:*

- юридичні консультації та підтримка, захист прав;
- адвокатування прав на вільний доступ до безкоштовного лікування, права на роботу, вільного доступу до навчально-виховних закладів (ВІЛ-позитивні діти);
- забезпечення доступу до соціальних пільг та гарантій (оформлення пенсій);

*соціальні потреби:*

- консультування – до- та післятестове, психологічне (психотерапевтичне), за принципом «рівний-рівному», а також з питань репродуктивного здоров'я;
- інформаційні - надання спеціалізованої літератури (про ВІЛ, способи та методи догляду на всіх етапах захворювання, особливості паліативного догляду, немедичного догляду на дому); групи самопомоги, переадресація до медичних установ, недержавних закладів та організацій;
- реабілітація для людей, які живуть з ВІЛ і є споживачами ін'єкційних наркотиків ;
- соціальна реабілітація – навчання (підвищення кваліфікації, стажування або здобуття освіти); працевлаштування;
- консультації з догляду та підтримки ВІЛ-позитивних дітей, можливість відвідування ними центрів денного перебування;
- спеціалізовані – транспортування, патронаж, прибирання на дому, доставка продуктів, ліків, гуманітарна допомога, супровід в медичні установи, установи соціального захисту.

Найчастіше у клієнтів ВІЛ-сервісу зустрічаються наступні **психологічні проблеми**:

- страх смерті, біль;
- страх наркотичної залежності при застосування знеболювальних препаратів;
- зниження почуття власної гідності та значущості;
- почуття провини перед близькими, родичами (дітьми), стурбованість власним майбутнім та майбутнім сім'ї;
- гнів, спрямований на родичів, на медичних працівників, на себе;
- депресія, пов'язана з втратою сенсу життя (так званий нусогенний невроз), зниження рівня соціального стану, зміна соціальних ролей та звичного способу життя (особливо на термінальній стадії);
- самотність, ізоляція та самоізоляція.

### **3.5.2. Загальні засади та принципи соціальної роботи**

Після встановлення діагнозу „ВІЛ” люди переживають відчуття втрат багатьох речей:

- життєвої перспективи;
- можливостей чи планів на майбутнє, що у них були;
- бажання зробити ті речі, які вони планували зробити;
- можливості поводитися так, як до цього;
- контролю над тим, що з ними відбувається;
- дружніх стосунків тощо.

Працівникам, які надають допомогу ВІЛ-позитивним людям, важливо знати про послідовність переживань втрат та горя. Ці етапи вперше описала американський психіатр Елізабет Кублер-Росс у своїй книзі «Про смерть та вмирання». Вона визначила п'ять стадій переживань, які проходить людина отримавши звістку про неминучу смерть.

**1. Шок та заперечення** (Я цьому не вірю! Цього не може бути! Тільки не зі мною (ним, нею)! Тільки не в моєму житті!) – ось перша реакція на новину, пов'язану із втратою (смертю людини, крахом планів тощо). У свідомості виникає відчуття нереальності того, що відбувається, певне зціпеніння. Приходить стан скутості та напруженості, який може тривати від кількох секунд до кількох тижнів.

**2. Злість та пошук винуватців.** Злість несподівана, незрозуміла для самої людини, вона боїться цього почуття, але і не може його стримати. Гнів у цьому випадку – прояв фрустрації, неможливості задовольнити потребу (реалізувати плани, бути поруч з людиною, якої більше немає, тощо). Виникає бажання кричати, кидатися речами, битися, обзивати друзів та родичів, лаяти та дорікати оточуючих. Злість може також

спрямовуватись на себе. Це не повинно лякати. Необхідно випустити пару, щоб потім настало полегшення.

Вивільнення від гніву та агресії цілком припустиме на цій стадії, оскільки накопичення дуже інтенсивних емоцій у поєднанні із самозвинуваченням може завдати людині глибокої психічної травми.

**3. Пошук виходу, намагання скласти уявну угоду** („Якби я тільки міг би пожити ще трохи Якби я не інфікувався, то я б...”) виявляє прагнення людини бажання довести собі та іншим, що те, що сталося – не назавжди. З надія та вірою у диво людина може продовжувати звичайне життя. Однак, наростаюче розуміння неповоротності може привести людину до відчаю, загостреного переживання горя.

**4. Депресія та глибоке переживання горя** – період найбільшого страждання та душевного болю. Людина починає нарешті прощатися із тим, що втратила (надії та плани, близькість іншої людини, тощо). У цей період можуть виникати важкі, іноді дивні думки та почуття - відчуття порожнечі і відсутності сенсу, відчай, відчуття самотності, злість, почуття провини, страх та тривога, безпорадність. Характерна певна захопленість образом втраченого, його ідеалізація. Переживання втрати накладає відбиток і на відносини з оточуючими: наче завмирають теплі почуття до близьких, виникає дратівливість, бажання усамітнитися. Змінюється повсякденна діяльність: людині стає важко зосереджуватися на тому, що вона робить, доводити розпочате до кінця, а деякі складні види діяльності і взагалі на певний час можуть бути недосяжними для виконання. Кожній людині, що переживає втрати, необхідно справитися з ними самостійно, при цьому їй зазвичай потрібна підтримка з боку оточуючих.

**5. Прийняття та примирення** (Я можу із цим жити! І я буду жити!). На цьому етапі переживання втрати життя поступово входить у звичну течію, відновлюється сон, апетит, професійна діяльність. Втрата перестає бути головним зосередженням життя. Людина продовжує жити і будувати плани, вже з урахуванням втрати. Загострення переживання втрати набуває вигляду спочатку частих, а потім більш рідких спалахів. Залишкові напади горя можуть бути такими само гострими, як і на попередньому етапі, а на тлі вже відновленого нормального існування суб'єктивно сприйматися ще гострішими, навіть нестерпно сильними. Приводом можуть слугувати будь-які нагадування з приводу втрати.

Нарешті настає завершення періоду всіх цих гострих переживань. Як правило, воно приходить до людини з усвідомленням того, що переживання не повинні заважати подальшому, відновленому життю і будь-яким бажаним змінам у ньому.

Людина, зазвичай, поступово проходить усі ці стадії, доки не звикнеться із думкою про те, що сталося. Дехто звик ділитися з іншими своїми переживаннями, а інші – ні. Почуття, що переживаються на кожній стадії є природними, тому не потрібно надмірно намагатися їх форсувати або стимулювати емоції, нехарактерні для того чи іншого періоду. Іноді переживання змішуються, і людина, заспокоївшись одного дня, раптом знов починає звинувачувати долю

З'ясування умов життя та психологічного стану клієнта, вплив на проблему або зміна ставлення до неї є важливим аспектом діяльності соціального працівника ВІЛ-сервісної організації. Щира зацікавленість, співчуття, можливість висловитись та отримати чесні відповіді, можливість знайти розуміння, налагодити постійний контакт з близькою людиною – це все те, що необхідне для ВІЛ позитивної людини, яка стала клієнтом соціальної роботи.

Для людини, яка нещодавно дізналася про ВІЛ-позитивний статус, важливо принципово знайти відповідь на два ключові питання: 1) Що справді змінилося (має змінитися, треба змінити)? 2) Чи необхідно надалі планувати своє життя і як це зробити?

Наприклад, ВІЛ може спонукати людину позбавитися від споживання наркотиків (або вживати їх більш інтенсивніше), або змінити коло знайомих. Тим не менше, подальша поведінка багато в чому залежатиме від рішення самої людини. Оскільки зумовлені можливі зміни не задані і не визначені остаточно, планування свого життя, що базується на прийнятті рішень, буде відігравати першочергове значення. Відповідно до цих питань можуть бути сформовані завдання для соціального працівника щодо соціальної адаптації:

- допомогти людині з ВІЛ проаналізувати зміни за різними сферами життя та продумати, які зміни варто зробити власноруч;

- спонукати людину з ВІЛ до подальшого планування свого життя і підтримати її у процесі планування.

Зі встановленням особі ВІЛ-позитивного статусу в усіх сферах її життєдіяльності відбуваються серйозні зміни. ВІЛ-позитивні люди потребують постійної психологічної підтримки та соціальної допомоги, тому соціальна робота з цією групою клієнтів набуває виняткової ваги. Наявність кваліфікованих соціальних працівників є основою для забезпечення догляду та підтримки людей, які живуть із ВІЛ.

Результатом соціальної роботи з ВІЛ-позитивними людьми має стати реконструкція їхнього соціального життя. Загалом, соціальна робота з ВІЛ-позитивними людьми та їхнім оточенням може бути орієнтована на:

- забезпечення можливості жити творчо в новій життєвій ситуації (громадська

- діяльність, участь у клубній роботі, терапевтичні табори);
- спілкування (з персоналом, іншими ВІЛ-позитивними людьми, волонтерами), створення можливості для обговорення проблем;
- надання клієнту системної підтримки, що забезпечує можливість жити настільки активно, наскільки це можливо (патронаж на дому, немедична, духовна підтримка під час перебування в стаціонарі, допомога в отриманні пільг та оформленні документів);
- надання допомоги членам сім'ї під час хвороб, термінальної стадії захворювання та у період жалоби.

Допомагаючи ВІЛ-позитивній людині, соціальному працівнику годиться дотримуватися наступних настанов:

- Намагайтеся уникати надмірного песимізму та трагізму щодо людини з ВІЛ.
- Намагайтеся уникати проявів жалю та співчуття.
- Намагайтеся уникати надмірного оптимізму щодо ВІЛ-позитивного статусу людини.
- Намагайтеся зрозуміти, що сама людина думає та відчуває, знаючи про свій ВІЛ-позитивний статус.
- Не ставте багато запитань.
- Знайдіть спосіб дати людині зрозуміти, що Ваше ставлення до неї не змінилося.
- Допоможіть людині мобілізувати її власні ресурси і прийняти своє життя
- Допоможіть людині віднайти спосіб жити повноцінним життям (зробіть свій внесок у покращення якості життя людей, які живуть з ВІЛ).

Соціальна підтримка тих, хто перебуває на термінальній стадії хвороби, спрямована на те, щоб людина могла гідно піти з цього життя, а також на підтримку рідних.

У літературі сформульовані принципи, які слід враховувати соціальному працівникові у роботі з людиною, що помирає:

1. Страх смерті та біль ще сильніші, якщо залишити людину саму. До людини, що помирає, не можна ставитись, як до такої, що вже померла. Її треба відвідувати та спілкуватись з нею.
2. Слід уважно вислуховувати скарги людини та турботливо задовольняти її потреби.
3. На користь людини, що помирає, мають бути спрямовані зусилля усіх оточуючих її людей. У спілкуванні з нею слід уникати поверхневого оптимізму.
4. Люди, що помирають, більш охоче говорять самі, ніж вислуховують відвідувачів.
5. Мова людей, що помирають, часто буває символічною. Для кращого його

розуміння необхідно розшифрувати сенс символів, що використовуються. Зазвичай інформативними є жести хворого, розповіді та спогади, якими він ділиться.

6. Не слід розглядати людину, що помирає, лише як об'єкт турбот. Надмірне прийняття відповідальності на себе оточуючими зменшує діапазон самостійності людини.

7. Найбільше, чим може скористатися людина, що помирає, – це наша особистість. Звичайно, ми не є ідеальним засобом допомоги, але все ж таки найкращім чином відповідаємо даній ситуації. Перебування з людиною, що помирає, вимагає простої людської чуйності.

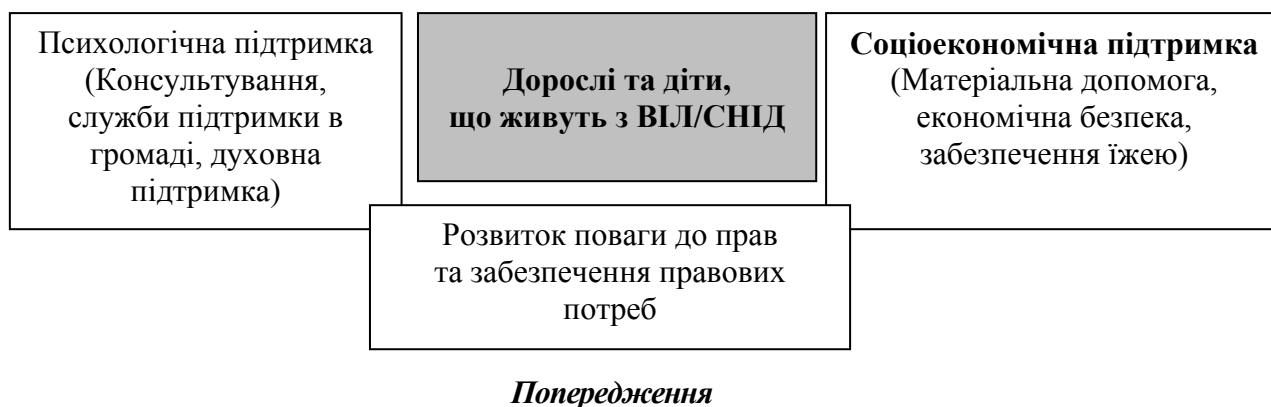
8. Фахівцю слід визнати власні сумніви, почуття провини та думки про власну смерть.

Поступове наближення смерті невиліковно хворої людини неодмінно впливає на життя оточуючих. Члени сім'ї і близькі можуть перейматися сильними та дезорганізуючими почуттями. Люди, які доглядають за помираючою людиною, особливо такі що проводять з нею велику кількість часу, нерідко особливо переживають з приводу неминучості смерті. Необхідно справлятися з цими почуттями, щоб вони не впливали на якість догляду за помираючою людиною.

### **3.5.3. Методи та технології соціальної роботи**

Згідно із стандартами Всесвітньої організації охорони здоров'я вичерпна допомога людям, що живуть з ВІЛ/СНІДом, складається з клінічної допомоги для всіх, психологічної та соціоекономічної підтримки, залучення ВІЛ-позитивних та їхніх близьких, розвиток поваги до прав та забезпечення правових потреб (рис. 11).

#### ***Політика з підтримки та соціальне оточення***



**Рис. 11. Складові допомоги людям, що живуть з ВІЛ/СНІДом**

У наведеній схемі кожна зі складових передбачає надання тих чи інших соціальних послуг, тобто практичної діяльності, спрямованої на вирішення соціальних проблем і покращення соціального життя. Навіть такий напрям як клінічна допомога не означає суто медичних послуг, які надаються співробітниками медичних закладів. У частині проведення до- і післятестового консультування, участі у формуванні прихильності до ВААРТ медичні заклади тісно співпрацюють з недержавними ВІЛ-сервісними організаціями.

Зауважимо також, що форми і методи соціальної роботи з ВІЛ-позитивними людьми певною мірою варіюються від того, на якому етапі захворювання перебуває людина.

Безсимптомна стадія	ПГЛ (персистуюча генералізована лімфаденопатія)	СНІД-АК (комплекс, пов'язаний зі СНІДом)	СНІД
Добровільне консультування та тестування, профілактика ЗПСШ			
Психосоціальна підтримка			
		Профілактика та лікування опортуністичних інфекцій	
			ВААРТ
			Допомога на дому, паліативна допомога

**Рис.12. Форми і методи соціальної роботи з ВІЛ-позитивними людьми**

Зауважимо також, що психосоціальна допомога може бути надана у формі індивідуального психологічного і соціально-психологічного консультування, індивідуальної, сімейної чи групової соціальної чи психотерапевтичної роботи. Поряд із професійним консультуванням психолога, психотерапевта чи соціального працівника ВІЛ-позитивним і їх близьким можуть допомогти знайти та використати власні ефективні і безпечні способи виходу з кризи в групах само- та взаємодопомоги, ВІЛ-сервісних організаціях (непрофесійні консультанти), де працюють ті, хто має такі самі проблеми.

Таким чином, форми і методи соціальної роботи з людьми, які живуть із ВІЛ, визначаються загальними фаховими підходами до організації роботи на різних рівнях надання допомоги, а також стандартами надання допомоги цій групі осіб, їхніми

потребами на різних етапах захворювання.

**Методи соціально-психологічної реабілітації ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей:**

- дотестове та післятестове консультування;
- групи самопомоги для людей з ВІЛ;
- робота з родичами та близькими ВІЛ-інфікованих людей;
- представництво інтересів людей з ВІЛ/СНІД. Медіа-представництво.

*Дотестове та післятестове консультування.* Основна мета консультування людей з ВІЛ – оцінка ризику, зменшення ризику, просвітницька робота з питань ВІЛ/СНІДу, пояснення результатів тесту. Ідеально, якщо передтестове та післятестове консультування проводить один і той самий спеціаліст. Він повинен встановити довірливі стосунки з клієнтом. Тоді він зможе найкраще оцінити та керувати реакціями клієнта на результат тестування.

Найбільшу потребу в консультуванні мають особи, яким вперше поставили діагноз ВІЛ-інфекція. Це пов'язано з великою кількістю психоемоційних реакцій, які виникають при повідомленні про наявність в крові антитіл до ВІЛ. Було встановлено, що консультування на даному етапі повинно бути регулярним, виявляти суїцидальні феномени і коректувати їх. Потреба в консультуванні має змінний характер, залежить від психосоціальної стабільності пацієнтів і виникає по мірі появи проблем.

Передтестове консультування є обов'язковим для всіх громадян, яким роблять тести. В процесі такого консультування виявляють необхідність тестування, оцінюють загальний стан здоров'я, наявність ризикованої поведінки, обговорюють зниження шкоди, пояснюють зміст і значення тесту, готують до результату тестування. В процесі консультування клієнт отримує інформацію про так званий період “вікна” в перебігу хвороби, про безпечну поведінку і засоби захисту від ВІЛ-інфекції. Крім того, клієнту потрібно надати психологічну підтримку, тому що він перебуває в стані стресу під час очікування результатів тесту.

Тестування дозволяє виділити три групи людей, які потребують післятестового консультування: ті, хто виявився інфікованим ВІЛ і потребує підтримки; ВІЛ-негативні особи з категорії високого ризику; ВІЛ-негативні особи з категорії низького ризику.

Під час післятестового консультування при негативному результаті консультант повинен повторити всю інформацію, яку він надавав до тестування.

Післятестове консультування при позитивному результаті є власне кризовим консультуванням. Післятестове консультування повинно бути конфіденційним і



проводитися наодинці з клієнтом. Ніколи не слід сповіщати результат по телефону.

**Групи самопомоги.** Учасники групи взаємодопомоги ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД людей діляться своїми почуттями і накопленим досвідом, і це дає кожному унікальне відчуття співпереживання і взаємної підтримки, а також дозволяє зібрати разом практичну інформацію і способи подолання труднощів. Такі групи управляються самими учасниками та існують для їхнього блага. Деякі групи розширюють сфери своєї діяльності. Крім внутрішнього обговорення існуючих проблем і шляхів їх вирішення, вони можуть, наприклад, надавати інформацію і допомогу іншим людям, які зіткнулися з проблемою ВІЛ-інфекції. Іноді в роботі групи беруть участь спеціалісти – лікарі, юристи, психологи та інші. Деякі групи мають оплачуваних працівників, інші існують цілком на добровільній основі.

Створення і розвиток груп може відбуватися різними шляхами, в більшості випадків ініціаторами створення групи є або самі ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД люди, або спеціалісти, які їх обслуговують (наприклад, медичні працівники, соціальні працівники), які бачать необхідність в додатковій морально-психологічній підтримці своїх клієнтів чи їх близьких. З часом неформальна група може перетворитися в організацію з власним юридичним статутом чи стати структурною частиною громадської організації, яка вже існує. Інші групи спеціально зберігають свою неформальність. Деякі групи створюються на певний період часу, а потім закриваються – наприклад, коли бажані зміни досягнуті.

**Робота з родичами та близькими ВІЛ-інфікованих людей.** Сім'ям, які доглядають за хворими, необхідно надавати підтримку, щоб втримати такі сім'ї від розпаду і допомогти людям, які піклуються про хворих членів родини, займатися важливими справами. Тому близьким і родичам ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей мають бути передбачені такі ж послуги з соціально-психологічної підтримки, як і для самих клієнтів, а саме: консультування (психологічне, інформаційне тощо), групи самопомоги, захист прав та інтересів.

**Представництво інтересів (адвокація)** – це процес, спрямований на зміну політики, законів і практик, які використовуються впливовими людьми, групами або закладами.

В Україні часто говорять про порушення прав людей, які живуть з ВІЛ. Проте, з часу проголошення незалежності в Україні відбулося лише декілька прецедентів, коли ВІЛ-позитивні люди звернулись за правовою допомогою. Але зазвичай люди не звертаються до суду, оскільки бояться розголошення діагнозу, що тісно пов'язано з питанням дискримінації та стигматизації ЛЖВ.

Відомо, що ЗМІ мають потужний потенціал у процесі формування певних уявлень у

суспільстві щодо тієї чи іншої проблеми, особливо щодо, проблеми, думка громадськості про яку ще остаточно не сформована, куди належить проблема ВІЛ/СНІДу. Тому залучення мас-медіа до представництва інтересів (адвокації) людей, що живуть з ВІЛ/СНІД могло б бути сильним інструментом впливу на осіб, що приймають рішення. А саме соціальна реклама по телебаченню та радіо допомогла б суттєво збільшити кількість звернень. Люди мають знати, що такі послуги надаються, до того ж безкоштовно. Такі методи представництва інтересів як прес-реліз, інтерв'ю в засобах масової інформації, прес-конференція, написання листа або статті в газету є методами медіа-представництва.

Для роботи з **ВІЛ-позитивними дітьми** пропонують різні форми роботи. Важливу роль відіграють психокорекційні методики як-от: арт-терапія, казкотерапія, лялькотерапія (клоунотерапія), терапія середовищем, ігрова терапія, логотерапія, фітотерапія тощо. Звичайно, що можливі й інші стратегії втручання – соціальний супровід, представництво інтересів тощо.

Одна з найпоширеніших форм психосоціальної роботи з дітьми - **ігрова терапія**, тобто використання ігрових ситуацій в терапевтичному середовищі. Це найприродніший, в деяких випадках практично єдиний, спосіб корекції поведінки, розв'язання проблем дитини. Під час ігрової терапії дітям надають можливість «програти» свої почуття та проблеми, так як дорослим «виговоритись» під час бесід з консультантом.

Досить часто про ВІЛ-статус стає відомо, коли жінка проходить обстеження у період вагітності. Соціальний працівник може допомогти **ВІЛ-позитивній вагітній** жінці через

- консультування з різноманітних питань життя з ВІЛ/СНІД;
- консультування з приводу догляду за дитиною;
- консультування про специфіку діагностики і лікування дитини (в контексті реальних можливостей району, в якому жінка проживає);
- психологічну підтримку, можливо при залученні психолога;
- роз'яснення, яку допомогу має право отримувати від держави жінка і її дитина;
- роз'яснення, яку підтримку вона може отримувати від соціальних служб і громадських організацій та ін.

Дуже актуальною в Україні є проблема відмови від немовлят в пологових будинках саме ВІЛ-позитивними жінками, але ці відмови не завжди залежать від ВІЛ-позитивного статусу жінки. І саме вчасна допомога соціального працівника може запобігти прийняттю необґрунтованого рішення жінки відмовитись від дитини і не набувати батьківства з самого моменту народження дитини, що, в свою чергу, дуже ускладнює повернення дитини в сім'ю пізніше, коли жінка міняє своє рішення і бажає повернути дитинку.

Проблема раннього сирітства дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, є подвійною проблемою: якщо подальша доля дитини-сироти вже відома і система державних інтернатних закладів більш-менше вирішує проблему її виховання, то діти які, народжені ВІЛ-позитивними жінками, або біологічні і соціальні сироти в наслідок смерті батьків від СНІДу є зовсім незахищені. Їх подальше перебування в дитячих будинках на законодавчому рівні не обґрунтовано, тому вони перебувають просто в інфекційних відділеннях дитячих клінічних лікарень де, звісно, зовсім відсутня система педагогічного розвитку дитини. Про такі обставини варто інформувати тих жінок, які висловлюють намір покинути дитину після народження.

Важливий напрям соціальної роботи з ВІЛ-позитивними людьми – **формування прихильності до вживання високоактивної антиретровірусної терапії** (ВААРТ), пре парів, які сповільнюють розвиток імунодефіциту. Для оптимального пригнічення розмноження вірусу за схемою ВААРТ необхідно чітко дотримуватися призначеного режиму лікування. Результати ряду досліджень продемонстрували, що для досягнення оптимального результату хворий повинен прийняти 90 - 95% призначених доз ВААРТ, завдяки чому імовірність встановлення стійкого контролю за вірусом зростає. Інтервенції для покращення прихильності (режиму прийому лыкыв) зазвичай спрямовуються на три ключові компоненти: інформування людей про ВІЛ-інфекцію та методи її лікування; формування чи зміну поведінки пов'язаної з дотриманням режиму лікування та надання емоційної підтримки клієнтам.

**Паліативна допомога**, яка здійснюється переважно на етапі СНІДу, складається з: медичної паліативної допомоги, спрямованої на зменшення фізичного болю, а також допомоги родині при втраті близької людини, соціально-економічної допомоги, духовної і релігійної підтримки. Передбачає якомога триваліше продовження активного життя клієнта і надання психологічної підтримки родичам хворого за життя та після його смерті.

#### **3.5.4. Організація надання допомоги**

Поява нової суспільної проблеми – епідемії ВІЛ/СНІДу і допомога людям, котрі живуть з цією хворобою, покликана до життя ВІЛ-сервісні соціальні служби, розвиток соціальної роботи з ВІЛ-позитивними дорослими, дітьми і їхнім оточенням, створення системи паліативного догляду за тими, хто перебуває на термінальній стадії.

Для того, щоб успішно боротися з ВІЛ/СНІДом, люди, які живуть з вірусом, повинні мати доступ до широкого спектру послуг з лікування, догляду і підтримки, які надаються комплексно. Така комплексна система догляду допоможе задовольнити

потреби хворих по мірі погіршення їхнього стану на різних етапах розвитку ВІЛ-інфекції. Догляд повинен надаватися різними службами такої комплексної системи – службами добровільного консультування і тестування, закладами системи охорони здоров'я різного рівня і соціальними службами, громадськими центрами підтримки і службами із догляду на дому.

Офіційні заклади охорони здоров'я можуть направляти пацієнтів в громадські організації, які, в свою чергу, можуть за необхідності направити своїх клієнтів в медичні заклади. На території району, який обслуговується, слід створити ефективну систему видачі направлень, куди повинні належати служби добровільного консультування і тестування, базові лікарні і медичні центри, а також служби з догляду на дому. Всі ці організації і заклади повинні працювати у партнерстві.

Для підвищення якості послуг необхідно, щоб всі спеціалісти і організації, залучені до цього процесу, підтримували тісні контакти одна з одною для забезпечення налагодження процесу надання медичних і соціальних послуг. Концепція надання послуг у комплексі заснована на потребі в такій допомозі на всіх етапах розвитку ВІЛ-інфекції, яка повинна забезпечуватися скрізь: починаючи з лабораторій добровільного консультування і тестування на ВІЛ, медичних закладів, соціальних служб, закінчуючи громадськими організаціями і доглядом на дому.

Для вирішення соціально-психологічних проблем ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей створюються ВІЛ-сервісні організації. ВІЛ-сервісні організації, в першу чергу, виконують просвітницькі функції: освіта молоді, освіта груп ризику, освіта суспільства в цілому. Наступне – це надання інформаційно-консультативної допомоги лікарів, психологів, юристів тощо. Третя функція – це підтримка людей, які мають ВІЛ-інфекцію, адже роботу такі організації ведуть з позицій повного прийняття, доброзичливості, повної анонімності. ВІЛ-сервісні служби також виконують профілактичну функцію.

Деякі західні країни, зокрема Сполучені Штати Америки, мають значний досвід у такій роботі. Більшість штатів пішло шляхом створення великих центрів, які мають значні ресурси для всебічного задоволення потреб ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД людей. До провідних програм таких центрів належать:

- програма медичних послуг, яка пропонує традиційну медичну допомогу;
- допомога клієнтам у подоланні негативних наслідків прийняття медикаментів (зазвичай проводять групове та індивідуальне консультування);
- стоматологічне обслуговування;

- програма психічного здоров'я, в якій працюють психіатри, психологи, соціальні працівники, професійні волонтери. Вона передбачає консультування на всіх рівнях – індивідуальному, парному, сімейному, груповому;
- робота в групах підтримки;
- грошова компенсація отриманої професійної платної допомоги в іншому медичному закладі;
- консультування і лікування алкогольної і наркотичної залежностей;
- тестування на ВІЛ і консультування;
- надання житла ВІЛ-позитивним та хворим на СНІД людям.

Своєрідний центр створений у 1993 році в окрузі Вашингтон (США). Тут ВІЛ-позитивні батьки чи опікуни мають змогу на кілька годин залишити дитину, щоб владнати власні справи. З 1992 року в Лос-Анджелесі працює денний центр, створений кількома агенціями, Він надає такі послуги 25 ВІЛ-позитивним дітям віком від 6 місяців до 6 років, тут є терапевтична допомога, медична, харчова та розвиваюча підтримка, консультування, брокерські послуги та адвокатування, волонтерська вулична робота.

В Україні провідним державним надавачем соціальних послуг, які живуть із ВІЛ/СНІДОм, є мережа державних соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, які підпорядковуються Міністерству у справах сім'ї, молоді та спорту. Щоправда, послуги ці мають переважно профілактичну спрямованість. При цих службах також можуть утворюватися спеціалізовані служби.

Розвиток руху самопомоги людей, які живуть із ВІЛ/СНІДОм, організація недержавних центрів, в яких люди з ВІЛ можуть отримати консультативну, інформаційну, психологічну допомогу за принципом «рівний рівному»; догляд та підтримка сімей з ВІЛ (навчання, адаптація та соціалізація ВІЛ-позитивних дітей у центрах денного перебування; соціальний патронаж ВІЛ-позитивних дітей на дому; надання психологічної підтримки найближчому оточенню дітей); догляд та підтримка ВІЛ-позитивних ув'язнених (розвиток руху самопомоги серед ув'язнених; сприяння та лобіювання доступності медичних послуг для них) – ось далеко не повний спектр можливих програм підтримки ВІЛ-позитивних людей у громаді на нинішньому етапі розвитку соціальної роботи в Україні.

Проте для створення системи повноцінного догляду в громаді для ВІЛ-позитивних людей необхідно становлення й низки інших соціальних служб і закладів, зокрема, резидентних (заклади, в яких можна мешкати тривалий або нетривалий час):

- «будинки на півдорозі» (медико-соціальні заклади тимчасового проживання, де

людина проходить соціальну реабілітацію після посиленого медичного лікування або проходження реабілітації людьми, залежними від психоактивних речовин);

- групові будинки, гуртожитки і притулки;
- будинки для тимчасового перебування (їх використовують, якщо постійні доглядачі певний час не можуть виконувати свої функції);
- будинки сестринського типу (медико-соціальні заклади);
- хоспіси (заклад комплексної медичної, психологічної, духовної і соціальної допомоги, яка надає мультидисциплінарна команда з метою задоволення потреб невиліковно хворої людини в термінальній стадії та її близьких).

Крім того складовими догляду в громаді можуть бути такі заклади, як денні центри, клубні будинки, терапевтичні спільноти, центри вільного перебування (заклади, де клієнтам не пропонується структурованого проведення часу, але створюються лише захищене середовище, оскільки потрапити до такого центру можуть тільки ті клієнти, які мають направлення соціального працівника; у центрі пропонується харчування, використання певних засобів проведення часу – комп'ютерів, ігор, приміщень для спілкування); майстерні з розвитку навичок; інформаційні центри і служби представництва інтересів; кризові центри; телефони довіри; служби ескортування транспортного супроводу тощо.

Частиною цієї системи є і надання побутових, реабілітаційних послуг на дому. До роботи в громаді належить і фостеринг — тимчасове всиновлення чи опікуєнство дітей-сиріт або дітей із особливими потребами, від яких відмовилися біологічні батьки або які не мають належним умов виховання.

### ***3.5.5. Приклади діяльності соціальних служб***

Комплексна допомога ВІЛ-позитивним особам на базі громадських центрів – це новий перспективний напрям роботи з цією групою клієнтів. На сьогодні в Україні існує сім громадських центрів. Одним із прикладів успішного застосування комплексного підходу до надання послуг людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, є **Київський громадський центр комплексної допомоги людям, які живуть із ВІЛ.**

Основне призначення діяльності громадського центру – піднесення якості життя. З-поміж завдань цього центру можна відзначити наступні: залучення нових членів, зміна їхнього соціального статусу, налагодження партнерських стосунків, надання послуг для покращання психоемоційного стану та підвищення професійного рівня клієнтів, надання юридичної допомоги клієнтам, навчання клієнтів і волонтерів, організація дозвілля,

підвищення професійного рівня співробітників, підвищення поінформованості щодо питань ВІЛ/СНІДу. Центр спрямовує свою роботу на створення терапевтичного середовища людей з ВІЛ/СНІД, стимулювання їхньої соціальної діяльності, реалізацію прав та можливостей ВІЛ-позитивних людей.

Сьогодні центр працює за двома основними напрямками – *немедичний догляд і підтримка* (позалікарняний догляд, догляд на дому) та *клубна діяльність* (консультації, дозволя, навчання, спілкування тощо, послуги, що надаються переважно в самому центрі). Робота організована таким чином, щоб кожен охочий міг знайти у центрі підтримку, допомогу і розуміння, нових друзів і просто провести вільний час з користю для себе та інших. Детальна структура громадського центру, на якій зазначено напрями діяльності та можливі послуги для клієнтів, представлена на рис. 12.

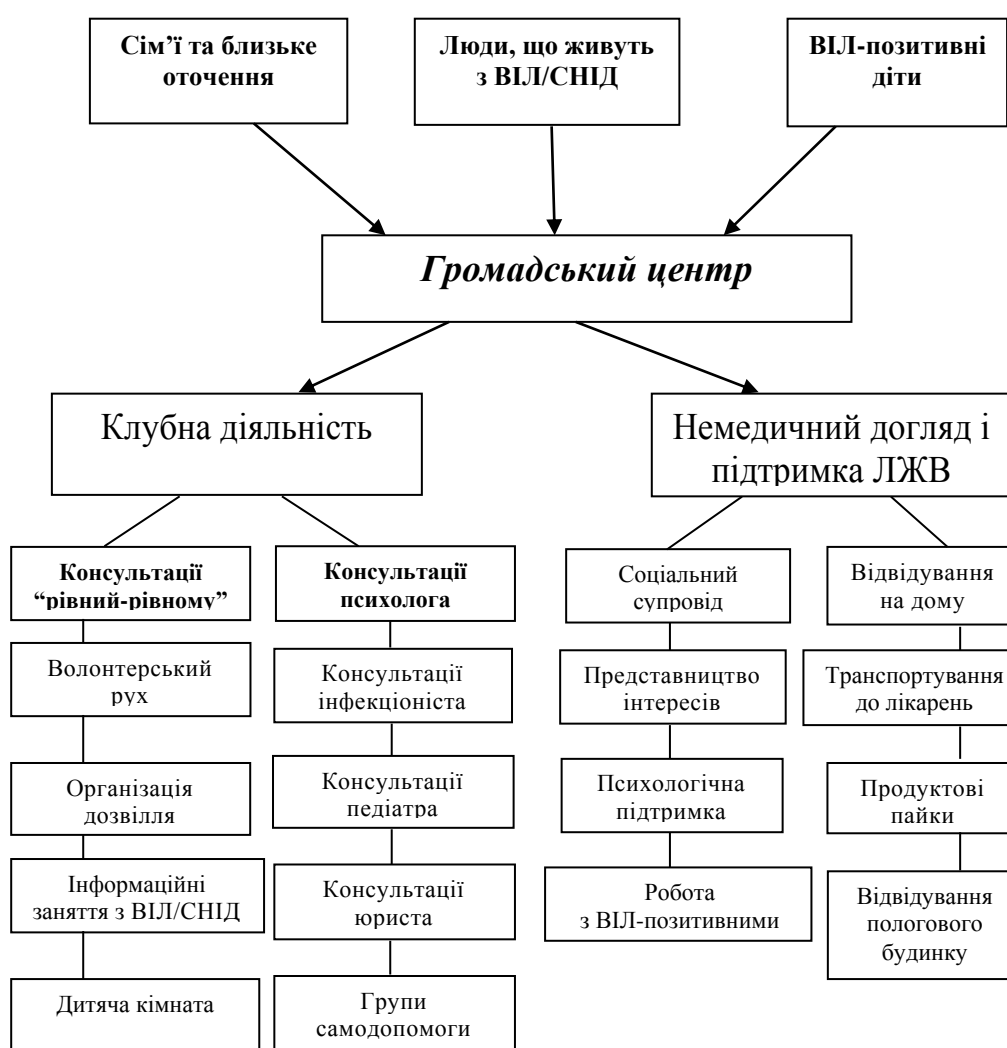


Рис. 13. Структура діяльності громадського центру допомоги

За оцінками клієнтів центрів, до найбільш поширених послуг належать: соціальний супровід, консультації юриста, психологічні консультації, інформаційні заняття,

організація дозвілля, волонтерський рух. Для роботи в центрах (як соціальних працівників, консультантів, менеджерів) залучають переважно осіб, які перебувають „у проблемі”, тобто ВІЛ-позитивних. Проте сьогодні в центрах надають спеціалізовані консультації й такі спеціалісти, як юрист, психолог, лікар-інфекціоніст, педіатр, котрі можуть не мати ВІЛ-позитивного статусу. За відсутності потрібних фахівців практикується перенаправлення клієнтів до відповідних закладів, з якими часто налагоджуються добрі партнерські стосунки.

В Україні також діє **низка денних центрів для ВІЛ-позитивних дітей**. Їх завданням є здійснення соціального супроводу дітей, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу, тощо.

Багато дітей, що відвідують ці денні центри, виховуються в неповних сім'ях, і частіше за все — це самотні матері, рівень матеріального забезпечення яких перебуває за межею бідності. Послуги дитячої кімнати не лише вирішують проблему тимчасового перебування ВІЛ-інфікованих дітей у дитячій групі, це допомагає дітям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та членам їх сімей знайти своє місце в житті, вирішити проблему безробіття, вийти із кризової ситуації, повірити в себе та свої сили, відновити психологічне, моральне та духовне здоров'я.

Центри також надають продуктові набори тим дітям, котрі приймають АРВ-терапію. Клієнтам забезпечується доступ до необхідних послуг – наркологічна лікарня, СНІД-центр, шкірно-венерологічний диспансер.

У процесі налагодження функціонування денних центрів у них формується своєрідна спільнота родин, яка є основою подальшого вирішення своїх життєвих проблем, перспективою для покращення власного життя та життя своїх дітей.

Окрім цього, соціальні працівники центрів працюють із дітьми, що перебувають у державних закладах опіки. Наприклад, у Києві вони відвідують ВІЛ-позитивних дітей-сиріт у дитячому будинку “Берізка”, проводять з ними розвиваючі ігри, надають гуманітарну допомогу. В Одесі співробітники центру виявили факт порушення прав дітей і створення для ВІЛ-позитивних дітей загрози для життя в одному з міських шкіл-інтернатів, і це стало предметом діяльності спеціальної незалежної комісії і вжиття відповідних заходів керівництвом закладу. Допомагають і тим дітям, що потребують негайного втручання:

Отже, послуги, що їх надає денний центр конкретній дитині та родині є індивідуальними й залежать від ситуації в родині та стану дитини. При цьому фахівці центри фактично виконують доволі розмаїті функції, спрямовані на соціальну адаптацію дітей і сімей, піднесення якості їхнього життя.



---

## Висновки

---

1. Розвиток ВІЛ-інфекції у дорослої людини без антиретровірусної терапії від моменту інфікування ВІЛ до смерті в середньому проходить 10-11 років. Зі встановленням особі ВІЛ-позитивного статусу в усіх сферах її життєдіяльності відбуваються серйозні зміни. ВІЛ-позитивні люди потребують постійної психологічної підтримки та соціальної допомоги, тому соціальна робота з цією групою клієнтів набуває виняткової ваги. Наявність кваліфікованих соціальних працівників є основою для забезпечення догляду та підтримки людей, які живуть із ВІЛ.

2. Соціальна робота з ВІЛ-позитивними людьми та їхнім оточенням може бути орієнтована на: забезпечення можливості жити творчо в новій життєвій ситуації; спілкування, створення можливості для обговорення проблем; надання клієнту системної підтримки, що забезпечує можливість жити настільки активно, наскільки це можливо; надання допомоги членам сім'ї під час хвороб, термінальної стадії захворювання та у період жалоби.

3. Вичерпна допомога людям, що живуть з ВІЛ/СНІДом, складається з клінічної допомоги для всіх, психологічної та соціоекономічної підтримки, залучення ВІЛ-позитивних та їхніх близьких, розвиток поваги до прав та забезпечення правових потреб.

## Запитання для самоперевірки

1. Які існують шляхи передачі ВІЛ?
2. Які базові принципи покладено в основу надання соціальних послуг людям із ВІЛ?
3. Які емоційні переживання пов'язані з усвідомленням ВІЛ-позитивного стану?
4. Яким чином соціальний працівник може допомогти людині у необхідності повернення від переживань до повсякденного життя?
5. Чому рекомендується уникати проявів співчуття стосовно людини з ВІЛ?
6. Які форми і методи соціальної роботи з людьми, які живуть із ВІЛ, Ви можете назвати. Наведіть приклади.
7. Розробіть власну модель комплексної допомоги людям, яких зачіпила проблема ВІЛ/СНІДу.

## Література

1. A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support. National AIDS programs. – World Health Organization. – 2004. – Р. 6.
2. Богдан Д., Зубець І. Проблеми АРВ-терапії осіб, що живуть з ВІЛ/СНІДом, та стратегії дій соціальних працівників щодо допомоги таким особам // Магістеріум:

Соціальна робота і охорона здоров'я. – К., 2006.

3. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических переживаний. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – Доступний з: <<http://orel.rsl.ru/nettext/russian/vasiluk/index.htm>>.

4. ВІЛ/СНІД: політика, профілактика, догляд: Методичний посібник / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Вид. дім „Києво-Могилянська академія”, 2006.

5. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією: Навч. посібник для персоналу дитячих установ, батьків, опікунів, соціальних працівників та інших осіб, що доглядають за ВІЛ-інфікованими дітьми – К.: Кобза, 2003

6. Кошикова А. Громадські центри як модель роботи з ВІЛ-позитивними людьми // Соціальна політика і соціальна робота. – 2005. - № 2.

7. Кублер-Росс Э. О смерти и умирании. – М.: София, 2001. – 320 с.

8. Лазоренко Б., Булах Л. Методика організації соціально-психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їхніх сімей //Наукові студії із соціальної та політичної психології. – Вип. 9(12). – К., 2005.

9. Люди и ВИЧ / Под. ред. Е.Пурик. – К., 2006.

10. Мустакес К. Игровая терапия. – СПб.: Речь, 2003.

11. Організація комплексного догляду та підтримки для ВІЛ-позитивних людей на базі громадських центрів / За ред. Т. Семигіної. – К.: ВБО „Всеукраїнська Мережа ЛЖВ”, 2005. -127 с.

12. Семигіна Т., Бойко А., Богдан Д. Розробка та проведення курсів підвищення кваліфікації для працівників ВІЛ-сервісних організацій // Соціальна політика і соціальна робота. – 2005. - № 4.

13. Соціальна педагогіка: теорія і технології/ За заг. ред. І.Д. Звереві. – К.: Центр навчальної літератури, 2006. – С. 268-269.

14. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Вид. дім „Києво-Могилянська академія”, 2006.

### **3.6. Соціальна робота з проблемними сім'ями**

#### ***3.6.1. Дисфункціональні (неблагополучні) сім'ї***

Сім'я – чарунка суспільства, найважливіша форма організації побуту, яка базується на подружньому союзі та родинних зв'язках.. Для людини сім'я – головний компонент середовища, у якому він живе першу чверть свого життя і який він намагається

побудувати все наступне життя. Специфічною особливістю сім'ї є її “несвобода” – у сенсі нав'язування людині певних правил життя. Але ця несвобода має свої переваги, оскільки забезпечує членам сім'ї можливість оптимально задовольнити свої природні й культурні потреби.

**Сім'єю** вважають динамічну малу групу людей, які разом проживають, зв'язані родинними відносинами (шлюбу, кровної спорідненості, усиновлення, опіки), спільністю формування і задоволення соціально-економічних та інших потреб, взаємною моральною відповідальністю. Сім'я також визначається як соціальний інститут, що характеризується спільною формою взаємовідносин між людьми, в межах якого здійснюється основна частина їх життєдіяльності. Сьогодні сім'я розглядається як провідний чинник соціалізації особистості, оскільки є персональним середовищем її життя та розвитку.

Найважливішими характеристиками сім'ї є її *функції*, серед яких виділяють такі, як:

- *виховна* (сім'я задовольняє індивідуальні потреби чоловіка та жінки в материнстві та батьківстві, в контактах з дітьми, їх вихованні і можливості реалізувати себе в дітях; забезпечує соціалізацію дітей і підготовку нових членів суспільства);

- *господарсько-побутова* (сім'я задовольняє матеріальні потреби, що сприяє збереженню соматичного здоров'я, відновленню затрачених у різних видах діяльності фізичних сил);

- *емоційна* (сім'я задовольняє потребу у симпатії, повазі, визнанні, емоційній підтримці, психологічній захищеності, сприяє збереженню психічного здоров'я, емоційній та особистісній стабільності);

- *духовного спілкування* (сім'я задовольняє потребу у спільному проведенні дозвілля, сприяє духовному збагаченню й розвитку членів сім'ї);

- *первинного соціального контролю* (сім'я забезпечує виконання соціальних норм членами сім'ї);

- *сексуально-еротична* (сім'я задовольняє сексуально-еротичні потреби і забезпечує відтворення членів суспільства).

Реалізуючи свої функції, сім'я задовольняє певні важливіші природні потреби людини, а з іншого боку, дає змогу людині досягнути певних цілей у спілкуванні, особистісному та духовному зростанні. При цьому з розвитком сім'ї цілі закономірно змінюються у відповідності з новими соціальними умовами.

Найважливішою особливістю сімейних функцій є їхня *комплексність*, заснована на взаємодії родичів. Кожна потреба, яка задовольняється сім'єю, може бути реалізована і без її участі, але тільки у сім'ї ці потреби можуть бути задоволені комплексно і

оптимально.

Сім'я як соціальний інститут в наші дні переживає істотні зміни. Соціально-економічні реформи погіршили становище багатьох сімей, дітей, молоді. Зростає небезпечна тенденція самоусунення частини батьків від виховання дітей, що має свій прояв як у фактичному обмеженні виконання своїх обов'язків щодо дитини, у перекладанні цих обов'язків на родичів, так і в офіційній (юридично оформленій) відмові від виховання та утримання дитини.

Виховна функція сім'ї – одна з її основних. На виховання дітей у сім'ї впливає характер стосунків між батьками і дітьми, іншими членами сім'ї, ставлення батьків до праці, їх інтереси, ціннісні орієнтації, загальний і культурний рівень тощо. На формування характеру дитини, її ставлення до оточуючого середовища має вплив моральна, емоційно-психологічна та трудова атмосфера сім'ї, життєвий і професійний рівень батьків, їх уміння спілкуватися з дітьми та один з одним.

Негативні соціально-економічні процеси впливають на можливості реалізації виховної функції сучасної сім'ї. Відбувається обмеження матеріальних умов повноцінного функціонування сім'ї, погіршення загального стану здоров'я населення, звуження сімейного спілкування (за рахунок надання пріоритету телебаченню, комп'ютеру), обмеження можливостей повноцінного сімейного відпочинку, зміни ієрархії цінностей суспільства та окремих особистостей тощо. Тому сім'ї поділяють на:

- **нормально функціонуючі сім'ї** - такі, які відповідально й диференційовано виконують усі функції, внаслідок чого задовольняється потреба у зростанні й змінах як сім'ї в цілому, так і кожного її члена;

- **дисфункціональні сім'ї** – такі, в яких виконання функцій порушується, внаслідок чого у подружній, батьківській, матеріально-побутовій та інших сферах життєдіяльності не досягаються цілі родичів і суспільства в цілому.

В основі порушення функцій сім'ї можуть лежати найрізноманітніші фактори: дисгармонія в інтимних стосунках, психологічна несумісність подружжя, відсутність навичок й низька культура спілкування, погані умови життя і т. ін.

Отже, однією з найбільш актуальних проблем суспільства є зростання числа сімей, які не здатні, або й не бажають створити умови для нормального розвитку дитини. Складно визначити, скільки таких сімей в Україні, оскільки немає сукупної статистики сімей з різними ознаками неблагополучності (крім того, далеко не всі випадки несприятливих умов для дитини в сім'ї є зареєстрованими). Проте значна кількість неповних сімей, сімей, в яких члени сім'ї є безробітними, не мають житла, чи відбувають

покарання у місцях позбавлення волі, тощо дає змогу хоч частково уявити серйозність цієї проблеми для нашої країни.

У таких проблемних сім'ях значним є ризик відмови батьків від своїх дітей (а також інших родичів, які могли б виховувати та утримувати дитину). Зокрема, із загальної кількості дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування (а це 103 тисячі, відповідно до статистичних даних в Україні), 12-15 тисяч дітей – це ті, чиї батьки відмовилися від них при народженні. Більшість батьків, які відмовляються від своїх дітей – неповнолітні. Щорічно число соціальних сиріт в Україні збільшується не менше, ніж на 7 - 8 тис., з них – щорічно 1 тис. дітей, від яких відмовляються матері відразу ж після народження.

Проблема попередження відмови батьків від дитини, а також створення нормальних умов для її життя та розвитку в батьківській сім'ї потребує термінового вирішення, адже сім'я є найкращою умовою для виживання, захисту і розвитку дітей, основним осередком суспільства, природним середовищем для людини. А діти, які вже потрапили до інтернатних закладів різного типу, мають мало шансів повернутися до біологічних родин.

Отже, зусилля держави, громадськості повинні бути спрямованими на благополуччя й добробут сім'ї, створення умов для захисту її прав у суспільстві й прав її членів у самій родині. Тільки в цьому випадку сім'я буде здатна до саморозвитку, а її члени - до самореалізації. Необхідною є й активна діяльність громадських організацій у цій сфері.

Поняття «проблемна», "неблагополучна сім'я" досить широке. Сюди можна віднести, безперечно, сім'ї аморальні, формально нормальні. Але разом з тим існують і так звані "сім'ї ризику", які в будь-який момент можуть перейти в категорію неблагополучних. Сьогоднішні надзвичайно несприятливі соціально-економічні умови в Україні негативно впливають на стабільність навіть цілком благополучних сімей. Погіршення матеріально-побутових умов, поступове зубожіння, втрата роботи тощо породжують у людей почуття незахищеності, страху перед завтрашнім днем. Все це веде до наростання напруги в сім'ї, негативно позначається на вихованні дітей. Такі сім'ї разом з явно неблагополучними теж вимагають уваги.

Один з підходів до визначення змісту поняття неблагополучної сім'ї ґрунтується на тому, що такі сім'ї - неповні, які ведуть аморальний спосіб життя, зі стійкими конфліктами між батьками та дітьми, сім'ї "нових" українців, зовні благополучні, але такі, що систематично роблять серйозні педагогічні помилки внаслідок педагогічної неосвіченості, безграмотності (надмірна батьківська любов, застосування фізичних покарань, формальне

ставлення до дитини, неврахування індивідуально-психологічних особливостей дитини в процесі сімейного виховання).

Інший підхід – на тому, що неблагополучна сім'я – це лише така сім'я, що повністю або частково, в силу тих чи інших причин, втратила свої виховні можливості.

Члени з сімей “групи ризику” (сімей, які є зовні благополучними, але можуть поповнити лави неблагополучних сімей) мають такі характерні риси: недовіра, підозрілість, заперечення всього, імпульсивність, нетерплячість, схвильованість, швидка збуджуваність, брак знань і вмінь, непрактичність, нездатність, стан озлоблення с приступами жорстокості, насилля. Часто батьки – це люди, вибиті з колії, які перебувають у стані глибокої депресії. Вони схожі на дітей, яких сильно образили. Такі дорослі залишаються на тій стадії розвитку, коли вони пережили некомпенсовану втрату або тяжку травму.

Неблагополуччя сім'ї визначають за такими вимірами:

- фізичним - матеріальне неблагополуччя сім'ї;
- афективним - порушення емоційних стосунків у сім'ї;
- раціональним (інтелектуальним) - відсутність спільного змістовного дозвілля;
- соціальним (культурним) (неблагополуччя у сфері внутрішніх та зовнішніх комунікацій сім'ї);
- духовним (ідеологічним) - неблагополуччя у сфері духовного і морального здоров'я.

Можна говорити про неблагополучні сім'ї і потенційно неблагополучні. Але не завжди потенційно неблагополучні сім'ї стають неблагополучними. Це залежить від соціального потенціалу, активності членів сім'ї, соціальної підтримки сім'ї державою та громадою.

Підставами для негайного втручання соціальних працівників є відсутність у сім'ї умов для нормального розвитку й виховання дітей, тобто коли не задовольняють потреби дітей. Це проявляється в недоїданні, носінні одягу не за сезоном, відсутності навичок особистої гігієни й умов для її дотримання, в необхідності дітей працювати, а іноді й жебракувати, відсутності можливостей для навчання і дозвілля. Нерідко такі діти стають жертвами сексуальної експлуатації та насильства, в тому числі і в сім'ї.

Отже, соціальна робота з сім'ями, покращення психологічного клімату в сім'ї, забезпечення сприятливих соціально-економічних умов функціонування сім'ї, забезпечення права кожної дитини на життя і виховання в сім'ї, попередження відмови батьків (та, в окремих випадках, родичів) від дітей має бути пріоритетною в діяльності

профільних державних та недержавних установ. І, звичайно ж, така діяльність повинна бути комплексною та систематичною, тобто має здійснюватись соціальний супровід сімей, які є неблагополучними чи можуть такими стати.

### **3.6.2. Загальні підходи та принципи соціальної роботи**

Для соціальних працівників, котрі допомагають проблемній родині, важливо спиратися на сучасні теоретичні концепції, зокрема, уявлення про структуру та динаміку сім'ї.

Так, *структура сім'ї* – це не тільки склад її членів, а й сукупність їх взаємовідносин, для якої характерні відносини домінантності-підкоряння і певна психологічна відстань між членами сім'ї). Порушення структури сім'ї утруднює або перешкоджає виконанню її функцій, що також веде до появи різних розладів і ускладнень.

*Динаміка сім'ї* – це зміни її структури і функцій залежно від етапів життєдіяльності. Вона відображається у фазах її життєвого циклу (ЖЦС). Е.Дюраль виділив 8 стадій ЖЦС (перехідні періоди між фазами виділені пізніше іншими дослідниками):

- 0** – втягнення у стосунки,
- 1** – подружні пари без дітей,
- 2** – поява дітей,
- 3** – сім'я з дітьми-дошкільнятами,
- 4** – сім'я з дітьми-молодшими школярами,
- 5** – сім'ї з підлітками,
- 6** – вихід молоді з сім'ї,
- 7** – середній вік батьків,
- 8** – старіння членів сім'ї

При проходженні стадій сім'я переживає так звані нормативні стреси, обумовлені кризами розвитку у перехідні періоди. Саме під час переходу від стадії до стадії попередні способи досягнення цілей, що застосовувалися сім'єю, уже не задовольняють нові потреби, які виникли у її членів. Відомо, що в моменти нормативних стресів сім'ї часто вертаються до більш ранніх моделей функціонування (механізм регресії), або зупиняються у своєму розвитку, фіксуючись на певному етапі (механізм фіксації). Таким чином, сімейні проблеми видаються пов'язаними не з зовнішніми стресогенними факторами, а з регресією і фіксацією на попередній стадії. Дослідження життєвих циклів сім'ї свідчить, що пристосування до перехідних періодів розвитку нерідко переноситься болісно, дестабілізує життя сім'ї у трьох поколіннях і виступає як причина її дисфункції.

Соціальний працівник має знати, що сім'ї як клієнту соціальної роботи притаманні такі особливості.

1. Практично всі сучасні соціальні і індивідуальні проблеми представлені в сім'ї або певною мірою стосуються її.

2. Проблеми окремих членів сім'ї — це завжди проблеми сім'ї в цілому і навпаки. Наприклад, проблема конфліктного і невстигаючого в навчанні учня може бути пов'язана з невротичністю батьків або слабким піклуванням батьків про дитину через їхній антисоціальний стиль життя. Або, скажімо, втрата роботи може прямо відбитися не тільки на матеріальному статусі сім'ї безробітного, а й на психологічному кліматі в сім'ї, відносинах між батьками та дітьми, психічному здоров'ї всіх її членів.

3. Робота з членами сім'ї, які потребують допомоги, як правил передбачає роботу і з іншими членами сім'ї, блокування тих сторін їхніх стосунків, що обтяжують стан клієнта, вимагає зміцнення і підтримці тих факторів, які позитивно діють на клієнта. Це особливо потрібно при наданні соціальної допомоги дітям. Реабілітація дітей і підлітків з послабленими сімейними зв'язками має супроводжуватися реабілітацією сімей, відновленням їхньої властивості бути сприятливим середовищем для виховання і розвитку дитини. Реабілітація дитини-інваліда, відповідно, пов'язана з адаптацією дорослих до життя з нею та підготовкою усіх членів сім'ї до забезпечення соціального функціонування дитини з обмеженими можливостями.

4. Сім'я — замкнута система. Не всі сторони її життя доступні для спостереження, тому справжня причина сімейної дисгармонії і усвідомлення цього її членами можуть не співпадати. Робота з сім'єю потребує багато часу і передбачає уважні спостереження та діагностику.

5. Потрібно пам'ятати, що соціальний працівник не може вирішити проблеми, він може лише допомогти клієнту (тобто сім'ї чи окремим членам) у її вирішенні. Допомога соціального працівника полягає в тому, щоб сприяти розумінню клієнтом сутності проблеми та розгляду різноманітних сценаріїв її вирішення.

6. Сім'я автономна у своїй життєдіяльності і має право вибирати різновид взаємодопомоги, методи виховання дітей тощо. Втручання в сімейні стосунки бажане лише після прохання клієнтів. Винятком може вважатися ситуація, коли існує безпосередня загроза фізичному, психічному здоров'ю або життю когось із членів сім'ї.

7. Головною метою соціального працівника при наданні соціальної допомоги сім'ї є, перш за все, інтереси членів сім'ї, а не абстрактні інтереси суспільства і держави. Допомога надається не для того, щоб підвищити народжуваність, забезпечити робочу силу



в майбутньому, а для того, щоб допомогти існуванню реальних сімей, забезпечити розвиток і виживання реальних дітей.

8. Соціальна робота з сім'ями потребує делікатності і дотримання конфіденційності, адже іноді зачіпаються відомості, розголошення яких може завдавати серйозної шкоди особам.

Соціальна робота з неблагополучною сім'єю спрямована на створення умов для подолання сім'єю причин і наслідків свого неблагополуччя. Завдання фахівця в роботі з неблагополучною сім'єю:

- виявлення випадків порушення прав людини в сім'ї, причин неблагополуччя, інформування про них органів влади;
- профілактика девіантної поведінки в сім'ї та суспільстві, рецидивів порушень прав членів сім'ї в родині та суспільстві;
- пропагування ідеальної моделі сімейного життя, здорового способу життя, статеве виховання;
- правова й психолого-педагогічна просвіта батьків із питань сім'ї та шлюбу, прав дитини;
- організація предметного спілкування членів неблагополучної сім'ї між собою, з іншими сім'ями для подолання причин неблагополуччя;
- різноманітна допомога в організації життєдіяльності сім'ї, самореалізації й розвитку її членів.

### ***3.6.3. Методи і технології соціальної роботи***

Соціальну роботу із проблемними сім'ями прийнято розподіляти на такі види:

- екстрені дії, спрямовані на виживання родини (термінова соціальна допомога, надання притулку, негайне вилучення з родини дітей, що зазнають жорстокого ставлення, перебувають у небезпеці чи залишені без піклування батьків);
- діяльність, спрямована на підтримку стабільності родини;
- заходи, спрямовані на соціальний розвиток родини та її членів.

Робота з молодими сім'ями може відбуватися за такими напрямками соціально-педагогічної роботи, як:

- підготовка молоді до сімейного життя;
- робота з молодими сім'ями щодо стабілізації сімейних стосунків;
- допомога батькам у вихованні дітей;
- сімейна психотерапія.

Серед найбільш поширених у нашій країні форм і методів роботи слід відзначити: клуби молоді сім'ї, школи молодих батьків, консультативні пункти, відеолекторії, навчальні семінари, розважальні заходи, корекційний театр, проведення лекцій, бесід, індивідуальних і групових консультувань, диспутів, тренінгів, фестивалів, сімейних конкурсів та вечорів, світ, шоу-програм. Вагому роль у підтримці проблемних сімей відіграє грошова та матеріальна допомога, організація літніх оздоровчих таборів.

Якщо йдеться про сім'ї, де є діти чи підлітки, що скоїли правопорушення або відзначаються девіантною поведінкою, то першочергове місце в роботі з такими сім'ями посідає правовий напрям допомоги, ресоціалізація як зміна соціальних цінностей та настанов, соціальна реабілітація, наприклад, через арт-терапію.

Важливу роль у соціальній роботі відіграє просвітницька робота серед педагогічного колективу шкіл. Адже саме вчителі найперша контактують з дітьми та їхніми родинami, бачать ситуацію в них, в багатьох випадках мають моральний вплив на батьків.

Проте основною технологією соціальної роботи з неблагополучними сім'ями (в тому числі, з тими, в яких є ризик відмови від дітей) є **соціальний супровід** таких сімей. Це є справді оптимальний спосіб для здійснення соціальної підтримки сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, оскільки передбачає тривалу в часі, професійну, всебічну допомогу. Соціальний супровід, згідно із Законом України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» — робота, спрямована на здійснення соціальних опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій дітей та молоді з метою подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення їх соціального статусу.

У межах технології соціального супроводу сім'ї виділяють такі напрямки роботи, як

1) *соціальна опіка* - представлення працівником соціальної служби інтересів сім'ї (чи її члена) в органах влади, різних установах;

2) *соціальний патронаж* — надання соціальних послуг (переважно за місцем проживання) індивідуальним клієнтам і групам ризику, який полягає у постійному соціальному нагляді, регулярному відвідуванні їх житла соціальними та іншими працівниками, надання їм необхідної економічної, соціально-побутової, лікувально-профілактичної допомоги;

3) *соціальна допомога* сім'ї передбачає надання соціальними службами, кризовими центрами, соціальними працівниками соціальних послуг відповідно до Закону України «Про соціальні послуги».

Методика соціального супроводу має багато схожого з відомою у соціальній роботі методикою "ведення випадку", адже він є тривалим у часі і його застосовується стосовно

конкретної сім'ї. Вибір методів та заходів у процесі здійснення соціального супроводу неблагополучної сім'ї повинен ґрунтуватися на індивідуальному підході, з врахуванням всіх суттєвих обставин функціонування сім'ї.

Соціальний супровід неблагополучної сім'ї має такі етапи: 1) підготовчий (вивчення ситуації, встановлення контакту і знайомства, діагностика, планування); 2) реалізація (безпосереднє надання послуг, інтервенція); 3) підсумковий (оцінка і припинення, стабілізація, згорання).

Здійснення соціального супроводу неблагополучних сімей має свої особливості:

- він потрібен усім різновидам неблагополучних сімей, але повинен брати до уваги кризовість сімейної ситуації, екстремальність умов життя сім'ї; здійснюватися групою фахівців;

- соціальний супровід повинен здійснюватися тільки з урахуванням результатів вивчення ситуації в сім'ї, ретельної перевірки її обставин, стосунків, виявлення порушень прав дитини та інших членів сім'ї в родині з їх подальшою соціальною опікою;

- до допомоги сім'ям, де є факти зловживання алкоголем, вживання наркотичних речовин, є підозра щодо скоєння насилля над дітьми, крайній рівень зубожіння, необхідно залучати різних фахівців;

- особливої уваги у процесі соціального супроводу вимагають сім'ї, де є діти з проявами асоціальної поведінки, схильні до бродяжництва; безвідповідальне батьківство. Неповні сім'ї можуть потребувати допомоги, пов'язаної із компенсацією функцій того з батьків, опіки якого позбавлена дитина;

- соціальний супровід повинен включати просвітницьку роботу щодо умов, необхідних для виховання і розвитку дитини, щодо прав та обов'язків членів сім'ї у випадку, коли вони порушуються чи не виконуються, навчання і контроль за дотриманням прав і виконанням обов'язків;

- соціальний супровід сім'ї повинен поєднуватися із соціальною реабілітацією окремих членів родини, профілактикою та обслуговуванням сімей, але не зводиться до них; це є комплекс послуг;

- критерієм неефективності супроводу є рецидиви порушень прав членів сім'ї, асоціальні прояви у поведінці, деліквентна і девіантна поведінка членів сім'ї. Критерієм ефективності – перехід сім'ї з клієнта супроводу до клієнта обслуговування і профілактики;

- необхідною є розробка змісту технологій супроводу різних типів неблагополучних сімей на основі визначення типових проблем сімей;

- спеціаліст соціальної роботи не може вирішити проблему; він може допомогти клієнтам упоратися з нею.

В Україні соціальний супровід сімей, в яких є ризик відмови від дітей, здійснюється широкою мережею соціальних служб для молоді, соціальними службами підтримки сім'ї і дітей (створеними на базі ССМ), а також недержавними організаціями. При здійсненні соціального супроводу неблагополучних сімей надаються такі види допомоги:

психолого-педагогічна робота (посередництво у конфліктах; психологічна підтримка; психологічне консультування з питань внутрішніх сімейних стосунків; навчання батьків навичкам спілкування, виховання дитини; залучення батьків до груп взаємопідтримки; залучення волонтерів до підтримки дитини);

сприяння незалежності та поліпшенню матеріального становища родини (сприяння пошуку житла; допомога у оформленні документів; сприяння у працевлаштуванні; сприяння у оформленні державної допомоги, пенсій, пільг; посередництво у наданні гуманітарної допомоги з інших джерел);

сприяння навчанню та розвитку дитини (влаштування дитини до гуртків, секцій, підліткових клубів; влаштування на професійне навчання; запрошення дітей на розважальні заходи);

сприяння захисту здоров'я дитини (влаштування дитини на оздоровлення); представництво інтересів (представлення інтересів дитини перед адміністрацією школи, контроль за відвідуванням занять);

представлення інтересів дитини перед органами державної та місцевої влади; залучення дільничного інспектора з метою припинення насильства або пияцтва в сім'ї;

представлення інтересів дитини перед органами опіки і піклування; допомога родичам дитини в оформленні опіки; сприяння влаштуванню на виховання дитини в прийомну сім'ю).

Соціальний супровід – цілеспрямована діяльність соціальних працівників по створенню необхідних умов для оптимального функціонування сім'ї та гармонійного розвитку дитини.

Інший важливий напрям роботи із дисфункціональними сім'ями – це **сімейне консультування**, тобто консультування, у якому спеціаліст із сімейних відносин або соціальний працівник залучається до вирішення сімейних проблем, та шляхом надання консультацій сприяє відновленню потенціалу сім'ї та окремих її членів до покращення сімейних відносин та здатності самостійно вирішувати подібні проблеми у майбутньому. Таке консультування ставить за мету спільне з консультантом вивчення запита клієнта для

зміни рольової взаємодії у його сім'ї й забезпечення можливостей особистісного зростання.

Найчастіше під час сімейного консультування обговорюються: складнощі у стосунках батьків з дітьми, труднощі у спілкуванні, подружні проблеми, переживання розлучення (прощання) з партнером тощо.

*Складнощі у стосунках батьків з дітьми умовно поділяють на такі групи:*

- відсутність контакту з дітьми, незрозуміння їх життя, інтересів, неможливості поговорити з ними, відчуття власної батьківської непотрібності дитині тощо;

- неухвалюване, різке ставлення дітей до батьків, постійні чвари й конфлікти з ними через дрібниці;

- тривога за дітей, обумовлена тим, що вони живуть не так, як мали б, з точки зору батьків. Часто при цьому батьки сприймають своїх дітей як нещасливих, невдах, самотніх, заблукалих тощо, що й стає приводом для звернення за консультацією;

- проблеми, пов'язані з нестандартною, девіантною поведінкою дітей (залежність від алкоголю, наркотиків, крадіжки тощо).

Для того, щоби розібратися у сутності проблеми, наскільки претензії й оцінки батьків відповідають реальній ситуації, і визначити свій діагноз проблеми, консультант має розібратися: по-перше, чи є у поведінці дитини прояви "ненормальності", невідповідності, які можуть свідчити про психічні чи соціальні відхилення, чи поведінка дитини обумовлена власною життєвою позицією; по-друге, якою є справжня позиція батьків щодо дитини, чим обумовлене звертання по допомогу – власними проблемами, чи турботою про дитину, прагненням допомогти їй або бажанням отримати допомогу й підтримку для себе, позбавитися власних побоювань, переживань провини, непотрібності тощо.

Якщо проблема переважно неправильними установками батьків щодо дитини, то допомога спрямовується на:

а) корекцію позиції батьків (виявлення тенденцій до гіперпідключення, гіпердомінантності як прояви недовіри до здатності дитини бути відповідальною, керувати своїм життям),

б) корекцію ставлення батьків (допомога у розумінні своєї позиції і необхідності формування довіри до власної дитини),

в) розуміння батьками необхідності вияву актів довіри,

г) висловлювання власних почуттів і переживань у спілкуванні з дітьми,

г) необхідність організації довірливої розмови батьків з дитиною.

У випадках, коли основою конфлікту є відхилення від норми у дітей, може виникнути необхідність звертання до медичних або юридичних установ.

Часто за зверненнями клієнтів з приводу проблем з дітьми постає відчуття спустошеності, незаповненості власного життя. Тоді завданням консультативної роботи є допомогти клієнтові заповнити його життя, знайти справи, які йому інтересні й приємні.

Почуття власної нереалізованості, невдало прожитого життя й бажання, щоби дитина у своєму житті досягла й зробила усе, чого не вдалося зробити батькам – розповсюджена проблема, що вимагає роботи з самооцінкою.

Почуття провини батьків перед дитиною також є частим підґрунтям проблем у стосунках з дітьми. Але, оскільки ця провинка стосується вчинків та подій з далекого минулого, доцільним є демонстрація безглуздості переживань клієнтом цього почуття через показ недоцільності, недоречності тих вчинків, пояснень і з'ясування, які здійснюються ним з метою загладити провинку. Доцільно також обговорити з клієнтом минуле й показати, що його вчинки, з приводу яких він турбується, були єдино реальними й можливими, що їх негативні наслідки неможливо було передбачити.

*Труднощі у спілкуванні* зазвичай формулюються у вигляді скарг клієнта на оточення. Одною з найважливіших умов ефективності консультування є готовність клієнта прийняти відповідальність за свої проблеми. Тому, якщо клієнт скаржиться на близьких, але при цьому задоволений собою, завданням консультанта стає спроба перевести фокус уваги щодо проблем, на які скаржиться клієнта. Проблеми у спілкуванні умовно поділяють на три великі групи.

*1. Соціальні установки*, які є підґрунтям труднощів спілкування, зазвичай містять у собі неадекватні, ідеалізовані, ригідні (фіксовані, негнучкі) уявлення про міжособистісні стосунки в цілому, й особливо з представниками протилежної статі. Одним з найуспішніших способів зміни неадекватних установок є пропозиція клієнту замислитися щодо причин поведінки інших людей, про те, що керує ними й у кінцевому рахунку веде до появи тих чи інших якостей. Попередньо треба розповісти клієнту про те, що дії й слова людини завжди відображають його більш глибокі потреби й бажання.

*2. Переживання, які ускладнюють процес спілкування*: відчуття себе гірше за інших, переживання власної недолугості в порівнянні з іншими, страх оцінки або неуспіху, надмірні вимоги до себе й оточуючих, завищений рівень домагань тощо. В їх основі лежить хворобливе прагнення будь що бути краще за інших в усьому. Виявлення цього прагнення, зазвичай глибоко схованого, неусвідомлюваного людиною, сприяє корекції домагань клієнта і, відповідно, його переживань.

3. *Поведінка, яка утруднює спілкування з іншими людьми.* Карен Горні запропонувала схему міжособистісного конфлікту, яка дозволяє досить чітко уявити собі ці труднощі в узагальненому вигляді:

- надмірна спрямованість на інших – гіперактивність у набутті контактів, котра найчастіше сприймається оточуючими як нескромність, нав'язливість, надмірна демонстративність;

- надмірна спрямованість проти інших – підозрілість, критичність, агресивність, прагнення звинуватити, знайти “правду”, навести порядок;

- надмірна пасивність, яка часто набуває форми аутизації, коли людина боїться зробити щось, щоби уникнути осуду, постійно аналізує себе й власні вчинки, не прагне встановлювати й підтримувати з іншими людьми будь-які контакти.

Найважливішим джерелом інформації про поведінку є оцінка клієнта значимими іншими, на думку яких про себе людина зазвичай сама посилається. Завданням консультанта є не лише виявити що і як клієнт робить неправильно у спілкуванні з іншими, але й зрозуміти, що є основою такої поведінки, які погляди, уявлення, переконання й переживання ведуть до тих чи інших вчинків, оскільки поведінка сама по собі є вторинною. Наступним шагом буде розробка позитивної поведінкової стратегії, яка дасть клієнту можливість реально позбутися своїх проблем.

*Подружні проблеми.* У літературі з-поміж загальних подружніх проблем виділяють:

- різного роду конфлікти, взаємне невдоволення, пов'язане з розподілом подружніх ролей та обов'язків;

- конфлікти, проблеми, незадоволення подружжя, пов'язані з розбіжностями у поглядах на сімейне життя, між особистісні стосунки;

- сексуальні проблеми, незадоволення одне одним у цій сфері, взаємне невміння налагодити нормальні сексуальні стосунки;

- складнощі й конфлікти у взаємостосунках подружньої пари з батьками одного або обох з подружжя;

- хвороба (психічна або соматична) одного з подружжя, проблеми й складнощі, викликані необхідністю адаптації сім'ї до захворювання, негативним ставлення до себе й оточуючих самого хворого або членів сім'ї;

- проблеми влади та впливу у подружніх стосунках;

- відсутність тепла у стосунках подружжя, дефіцит інтимності, довірливості, проблеми спілкування.

Подружні проблеми вирішуються у консультуванні за допомогою встановлення довірливих, відвертих стосунків між подружжям, відмови від маніпулювання, навчання подружжя техніці конструктивних переговорів тощо. Уявлення про те, що довірливе спілкування подружжя є основою успішних подружніх стосунків – одне з базових припущень більшості теорій сімейної терапії. Тому встановленню позитивного контакту й довірливого спілкування між подружжям зазвичай відводиться основний час роботи у ході консультування. З цієї точки зору, будь-який конфлікт означає, що люди не можуть нормально домовитися з певного приводу.

*Переживання розлучення (прощання) з партнером.* Розлучення, спричинене випадками ревнощів та зради (наявної або підозрюваної), або охолодження у стосунках, та розставання через інші причини зазвичай викликає у людини чимало негативних переживань, як-от: образа, почуття самотності та зради, страх перед майбутнім, сором перед близькими тощо.

Головна увага в процесі консультування надається аналізу сімейної ситуації клієнта, особливостям рольової взаємодії, пошуку особистісних ресурсів клієнтів, обговоренню способів вирішення проблем. У літературі визначають певний набір стратегій і тактик, який з деякими варіаціями використовують практично в усіх ситуаціях сімейного консультування:

1. Орієнтація клієнта на прийняття власної провини й відповідальності за те, що відбувається.
2. Орієнтація клієнта на розуміння, аналіз і прийняття власних почуттів як на єдину можливість розуміння себе та власної поведінки.
3. Підготовка більш глибокого контакту з іншою людиною, стосунки з якою у клієнта на складаються, з використанням його почуттів і переживань як основи для відновлення більш довірливих стосунків.
4. Планування й здійснення якихось конкретних поведінкових шагів, спрямованих на невідкладну зміну ситуації.

Отже, соціальні працівники мають допомогти членам сім'ї усвідомити, як вони взаємодіють одне з одним, а потім допомогти зробити цю взаємодію більш конструктивною.

**Посередницький напрям** розрахований на допомогу в організації сімейного дозвілля, координації та інформованості. Під допомогою в організації сімейного дозвілля мається на увазі залучення сім'ї до різноманітних заходів, свят, ярмарок, до участі у клубах за інтересами, конкурсах, організації сімейних свят тощо. Допомога в координації



спрямована на активізацію різних відомств і служб у спільному розв'язанні проблем конкретної сім'ї й покращання становища конкретної дитини в ній. Такими проблемами можуть бути передача дитини на виховання в прийомну сім'ю, усиновлення дитини, улаштування дітей у притулок тощо.

*Допомога в інформуванні* націлена на забезпечення сім'ї інформацією з питань соціального захисту. Вона проводиться у формі консультування з питань життєвого, сімейно-шлюбного, трудового, цивільного, пенсійного законодавства, прав дитини, жінок, інвалідів тощо. Така допомога надається кожному членові сім'ї, з яким погано поводяться або про якого не турбуються. Як крайній захід цей вид допомоги передбачає рекомендації щодо позбавлення батьківських прав, передачі дитини до інтернатних закладів, у прийомну сім'ю, будинок сімейного типу. Однак до цих заходів слід удаватися лише у виняткових випадках, оскільки для емоційного здоров'я дитини атмосфера сім'ї є дуже важливою.

**Соціально-педагогічна профілактика** покликана розв'язувати завдання з локалізації, обмеження, виявлення, попередження й запобігання неконструктивної взаємодії між членами сім'ї, різних форм насильств, помилок у сімейному вихованні, формування різних видів хімічної залежності у членів сім'ї, виявлення потенційно неблагополучних сімей (лекторії, семінари, тренінги, клуби для сімей, тематичні дні, передачі на радіо і телебаченні тощо).

#### *3.6.4. Організація надання допомоги*

Відповідно до Закону України “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю”, соціальну роботу з дітьми та молоддю можуть проводити уповноважені органи, які здійснюють соціальну роботу з дітьми та молоддю (органи виконавчої влади; органи місцевого самоврядування; служби у справах неповнолітніх; центри соціальних служб для молоді, їх спеціалізовані формування; підприємства, установи та організації, незалежно від їх підпорядкування та форми власності) та фахівці із соціальної роботи.

Діяльність державних органів, які уповноважені здійснювати соціальну роботу з неблагополучною сім'єю:

1. Служба у справах неповнолітніх: бесіди у сім'ї разом з дільничним інспектором міліції, запрошення батьків; рейди-перевірки сім'ї спільно з дільничними інспекторами; позбавлення батьківських прав; звернення до громадських організацій та трудових колективів з проханням вплинути на якість виконання батьками обов'язків щодо дітей; листи-попередження.

2. Кримінальна міліція у справах неповнолітніх: обстеження житлово-побутових умов життя сім'ї; виявлення асоціальної і аморальної поведінки батьків; ізоляція дітей від таких умов життя і передача їх у притулок, інтернат, соціальний патронаж до вирішення майбутнього; допомога у розшуку бездоглядної дитини, виявлення можливостей повернення дитини.

3. Дільничні інспектори міліції: за заявами судів, членів сімей здійснюють відвідання сім'ї з метою перевірки інформації і попередження про відповідальність батьків про невиконання обов'язків щодо дітей, запис у протоколі виявлених правопорушень; постановка на облік неблагополучних сімей; рейди-перевірки стану сімей через зовнішній огляд дітей, умов життя, бесіди з батьками і дітьми; влаштування батьків на лікування від алкогольної і наркотичної залежності; допомога службі у справах неповнолітніх оформити опіку та піклування.

4. Відділи соціального захисту населення: допомога сім'ям у виконанні матеріально-побутової функції через надання різних видів матеріальної допомоги; допомога сім'ям у виконанні виховної функції.

5. Відділи освіти у райвиконкомах (через інспекторів з охорони дитинства): виявляють дітей, які потребують захисту прав у сім'ї та суспільстві; надають матеріальну допомогу дітям з малозабезпечених сімей, організовують їх предметне дозвілля та відпочинок, культурну просвіту.

6. Центри соціальних служб для молоді: соціальний супровід неблагополучної сім'ї; соціальна підтримка сім'ї; соціальне інспектування неблагополучної сім'ї; інформативні і консультативні соціально-педагогічні послуги сім'ям; психологічна підтримка сім'ї; соціальна реклама здорового, сімейного способу життя; організація сімейного дозвілля, спілкування, відпочинок; оздоровлення дітей з неблагополучних сімей з девіантною поведінкою; вивчення проблем і потреб сімей різних типів.

У нашій країні наявна розгалужена система надання соціальних послуг неблагополучній сім'ї. Однак не можна говорити про значну ефективність діяльності державних соціальних служб, так як попередження відмови батьків від дитини – нова сфера соціальної роботи в Україні, а держава, попри декларований пріоритет сімейної форми виховання дітей, на практиці не завжди створює належних умов для попередження відмови батьків від дитини, використовує можливості для збереження сім'ї, а дуже часто буває й так, що дитина виростає в інтернаті лише через те, що сім'я не має достатньо коштів для її утримання. Хоча нормативно-правова база, яка регулює діяльність державних установ та організацій щодо попередження зростання кількості соціальних

сиріт, існує. Зокрема, Державна програма запобігання дитячій бездоглядності на 2003-2005 роки передбачає забезпечення своєчасного виявлення неблагополучних сімей, їх облік і соціальний супровід, Указ Президента “Про додаткові заходи щодо запобігання дитячій бездоглядності” (2000 р.) - взяття під особливий контроль профілактичної, соціально-реабілітаційної, правової та консультаційної роботи з сім'ями, в першу чергу з числа функціонально неспроможних (де батьки є хворими на алкоголізм, наркоманію, недієздатними, з асоціальною поведінкою, неповні сім'ї тощо).

За таких умов необхідна активна професійна діяльність благодійних організацій у сфері роботи з сім'ями, в яких є ризик відмови батьків від дітей. І такі організації вже діють в Україні, ставши фактично частиною системи надання соціальних послуг неблагополучним сім'ям.

Для розвитку сучасної соціальної роботи з проблемними сім'ями важливо якнайширше налагоджувати діяльність різнопланових закладів, зокрема:

- центрів сімейної терапії (які могли б надати послуги зі зміни неконструктивних ролей і стосунків у сім'ї, перегляду моделей усталеної поведінки, пошуку нового сенсу життя);
- служб і майстерень із набуття нових навичок, професій, проведення тренінгів із працевлаштування (що могло б поліпшити матеріальне становище в родині й зменшити ризик відмови від дитини);
- клубів із підготовки юнаків і юначок до шлюбу (приклад подібної діяльності демонструє благодійна організація Української Греко-Католицької Церкви “Карітас-Україна”, у таких клубах майбутнє подружжя навчають веденню домашнього господарства та бюджету, готують до подружніх стосунків тощо);
- центрів сімейного дозвілля;
- консультаційних пунктів та громадських приймалень (де можна було б, зокрема, отримати інформацію щодо пільг та допомоги різним категоріям сімей); недільних шкіл для батьків (з подолання конфліктів у родині, формування самодисципліни, профілактики захворювань у дітей тощо);
- кризових центрів тимчасового перебування дітей, вилучених із дисфункціональних сімей, та притулків, куди діти можуть звернутися самостійно або за направленням інших організацій.

### 3.6.5. Приклади діяльності соціальних служб

З-поміж цікавих програм, орієнтованих на надання послуг неблагополучним сім'ям, можна відзначити програму розвитку **інтегрованих соціальних служб підтримки сім'ї**, яка здійснюється у співпраці центрами соціальних служб для молоді Міжнародною благодійною організацією "Кожній дитині" (EveryChild). Розвиток таких служб створить умови для проведення превентивної роботи із вразливими категоріями сімей з метою запобігання передачі дітей на виховання в державні заклади опіки. Іншими важливими напрямками їхньої роботи є: здійснення соціального супроводу прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу; розробка і впровадження індивідуального плану опіки для дітей, які перебувають в інтернатних закладах; підтримка випускників інтернатів; підтримка постраждалих від насильства дітей тощо.

Служба здійснює соціально-правове консультування, представництво інтересів сімей у відповідних державних та недержавних структурах, індивідуальні і сімейні психологічні консультування, групову роботу (групи взаємодопомоги та групи особистого розвитку), тренування навичок догляду за дітьми, ведення сімейного бюджету, допомогу у навчанні та працевлаштуванні, профорієнтаційну роботу, надає за потребою матеріальну допомогу.

Робота соціальних працівників із кризовими сім'ями складається з низки етапів, які відповідають фазам процесу соціальної роботи:

1) прийом і вивчення направлення до служби (вивчення документу направлення, інтерв'ювання клієнта, збір інформації про клієнта від дотичних служб та установ)Ж

2) первинне обстеження клієнта (відвідання помешкання клієнта, огляд умов проживання, роз'яснення клієнтові змісту та умов діяльності служби, зустріч членів команди з метою прийняття рішення про відповідність/невідповідність потенційного клієнта критеріям програми підтримки сім'ї, офіційне повідомлення клієнта про прийняте рішення), а згодом комплексне обстеження клієнта (визначення на командній зустрічі, хто із соціальних працівників працюватиме з сім'єю, збір детальної інформації про сім'ю від її членів, дотичних установ, заповнення анкети);

3) планування догляду, укладення угоди (спільне з клієнтом планування догляду, затвердження угоди на командній зустрічі, сумісний з клієнтом періодичний перегляд угоди);

4) надання допомоги клієнту (здійснення втручання, надання матеріальної або фінансової допомоги);

5) завершення стосунків і оцінка проведеної роботи (заповнення соціальним працівником оціночної форми з визначеними індикаторами виконання, заповнення

оцінювальної анкети клієнтом, надання клієнту інформації про соціальну підтримку, якими сім'я може скористатися у майбутньому), написання звіту працівниками та обговорення проведеної роботи.

Деякі інші підходи до організації соціальної підтримки сімей і дітей демонструє проект "Створення реабілітаційного центру **"Батьки й дитина разом"**, м. Чернігів (2004-2006 рр.), метою якого є запобігання передачі немовлят до дитячих будинків. Учасниками проекту є Державний центр соціальних служб для молоді, Чернігівська облдержадміністрація (Чернігівський обласний центр соціальних служб для молоді), "Кожній дитині" (Представництво в Україні), Гуманітарний підрозділ Спілки працівників транспортної сфери.

Цільова група проекту - батьки, в тому числі неповнолітні, які мають намір відмовитися від своїх дітей; матері-студентки; випускники державних закладів опіки; вагітні матері, в тому числі неповнолітні, які мають намір відмовитися від своїх дітей; матері-жертви насилля. Ідея проекту полягає в тому, щоб у м. Чернігові відремонтувати і обладнати відповідне приміщення з метою створення на його базі центру "Батьки й дитина разом", розрахованого на вісім місць. Батьки і матері перебувають у Центрі за умови, якщо вони продовжують навчання і водночас мають нагоду доглядати за своєю дитиною. На час відсутності батьків (уроки в школі, виконання домашніх завдань, відвідування професійних курсів) професійний персонал Центру допомагатиме їм доглядати за дитиною. В той самий час обов'язками батьків буде самообслуговування: прибирання, готування їжі і догляд за іншими дітьми. Це дасть змогу здобути їм навички, що необхідні для дорослого незалежного життя.

Соціальний працівник працюватиме з сім'єю неповнолітньої матері, і також з біологічним батьком дитини з метою повернення матері в домашнє середовище. Після завершення проекту Центр буде продовжувати існування за державний кошт.

Соціальні служби України демонструють й інші підходи до організації роботи з неблагополучними сім'ями, зокрема неповними сім'ями. Так, Нововолинський осередок **Суспільної служби України** за домовленістю з директорами трьох місцевих шкіл надає дітям із таких сімей гаряче харчування. Щодня у благодійній їдальні цієї організації харчується 10 дітей різного віку. Готують обіди для дітей та представників інших соціально вразливих груп студенти харчового училища, що дає їм змогу пройти виробниче навчання. У такий спосіб громадська організація намагається бодай частково задовольнити базові потреби дітей.

---

## Висновки

---

1. Дисфункціональними вважають – такі сім'ї, в яких виконання функцій, властивих сім'ї, порушується, внаслідок чого у подружній, батьківській, матеріально-побутовій та інших сферах життєдіяльності не досягаються цілі родичів і суспільства в цілому. В основі порушення функцій сім'ї можуть лежати найрізноманітніші фактори: дисгармонія в інтимних стосунках, психологічна несумісність подружжя, відсутність навичок й низька культура спілкування, погані умови життя і т. ін.

2. Соціальна робота з неблагополучною сім'єю спрямована на створення умов для подолання сім'єю причин і наслідків свого неблагополуччя.

3. Соціальну роботу із проблемними сім'ями прийнято поділяти на такі види, як екстрені дії, спрямовані на виживання родини; діяльність, спрямована на підтримку стабільності родини; заходи, спрямовані на соціальний розвиток родини та її членів.

### Запитання для самоконтролю

1. Що, на вашу думку, викликає дисфункціональність сім'ї?
2. Які види сімей можна, на Вашу думку, віднести до неблагополучних?
3. Як ви вважаєте, чи повинна кожна сім'я обов'язково проходити усі стадії життєвого циклу сім'ї? Обґрунтуйте свою відповідь.
4. Розкрийте основні завдання соціальної роботи з неблагополучною сім'єю.
5. У чому полягає сутність соціального супроводу неблагополучної сім'ї?
6. У чому полягає мета сімейного консультування?
7. Які стратегії сімейного консультування ви можете назвати?
8. Порівняйте соціальні послуги та форми роботи із неблагополучними сім'ями у різних соціальних закладах.

### Література

1. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / За заг. ред. А.Й. Капської. – К., 2002. – С. 33.
2. Алешина Ю. Индивидуальное и семейное консультирование. – М.: Класс, 2000. - 208 с.
3. Барсукова Т. Соціально-педагогічний супровід дітей “групи ризику” і їх сімей // Соціальна педагогіка. - № 1. – 2003. – С. 70-71.
4. Веб-сторінка організації „Кожній дитині”. - <http://www.everychild.org.ua/uk/about/>
5. Веб-сторінка організації „Надія і житло для дітей”. - з:

<http://www.hopeandhomes.org.ua>.

6. Державна програма запобігання дитячій бездоглядності на 2003-2005 рр.
7. Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» від 2001 р.
8. Карпінська А. Жодної забутої в суспільстві людини //Добра воля. – 2004.– № 5. – С. 25.
9. Козубовська І.В., Керецман В.Ю. Вплив сім'ї на формування особистості // Соціальна робота в Україні та за рубежом. – Доступно з:<http://www.quarterly.uz.ua/3/4.html>.
10. Педагогічний словник для молодих батьків. –К.: ДЦССМ, 2003. С. 292-293, 42.
11. Проблемні сім'ї: діти і батьки / Якубова Ю.М та ін. - К., 1998. – С. 76.
12. Програма формування педагогічної культури батьків / За ред. Постового В,В. – К., 2003. –С. 10-12.
13. Робота шкільного психолога з неблагополучними сім'ями. – Доступно з: <http://uk.wikibooks.org/wiki>.
14. Сидоренко Ю.А. Сучасна українська сім'я як клієнт соціальної роботи // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2003. - № 2. – С. 100-101.
15. Соціальна педагогіка: теорія і технологія / За заг. ред. І.Д. Звереві. – К.: Науковий світ, 2006. – С. 252.
16. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Вид. дім „Києво-Могилянська академія”, 2006.
17. Соціальні послуги на рівні громади: український досвід і перспективи / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Гурт, 2005.
18. Соціальні служби – родині: Розвиток нових підходів в Україні і/За ред. І.М. Григи, Т.В. Семигіної. – К., 2002. - С. 13-14.
19. Технології соціально-педагогічної роботи: навчальний посібник/За заг. ред. А.Й. Капської. – К., 2000. – 372 с.
20. Технологія роботи з різними категоріями клієнтів ЦССМ: Метод. посібник /С.В.Толстоухова та ін. – К.: ДЦССМ, Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2003. - С. 7-16.
21. Трубавіна І.М. Соціально-педагогічна робота з неблагополучною сім'єю. Навч. посібник – К.: ДЦССМ, 2003.
22. Указ Президента України “Про додаткові заходи щодо запобігання дитячій бездоглядності” від 28 січня 2000 р.

## **3.7. Соціальна робота з дітьми, що залишилися без піклування батьків**

### ***3.7.1. Сирітство та бездоглядність як соціальні явища***

Конвенція ООН про права дитини, яка набула чинності для України з 27 вересня 1991 року, називає **дитиною** особу до досягнення 18-річного віку. Серед вразливих груп дітей особливо виділяються діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування.

**Дитина-сирота**, за Законом України “Про охорону дитинства” (2001 р.), - дитина, в якій померли чи загинули батьки. Проте останнім часом набуло поширення явище соціального сирітства, яке зумовлене ухиляннєм або усуненнєм батьків від своїх обов’язків щодо неповнолітньої дитини. **Соціальні сироти** – це діти, батьки яких за рішенням суду позбавлені батьківських прав, перебувають на лікуванні або в установах виконання покарання, а також діти, які при живих батьках, не позбавлених батьківських прав, страждають через відсутність батьківського виховання та піклування.

Українське законодавство визначає таку групу дітей як **діти, позбавлені батьківського піклування**. До них належать ті, хто залишився без піклування батьків у зв’язку з позбавленням їх батьківських прав, відібранням у батьків без позбавлення батьківських прав, визнанням батьків безвісно відсутніми або недієздатними, оголошенням їх померлими, відбуванням покарання в місцях позбавлення волі та перебуванням їх під вартою на час слідства, розшуком їх органами внутрішніх справ, пов’язаними з ухиленням від сплати аліментів та відсутністю відомостей про їх місцезнаходження, тривалою хворобою батьків, яка перешкоджає їм виконувати свої батьківські обов’язки, а також підкинуті діти, діти, батьки яких невідомі, діти, від яких відмовилися батьки, та безпритульні діти. Ще одна вразлива група дітей, визначена в законодавстві, – це **безпритульні діти**, тобто діти, які були покинуті батьками, самі залишили сім’ю або дитячі заклади, де вони виховувались, і не мають певного місця проживання. Таких дітей часто називають „дітьми вулиці”.

Сучасне явище в Україні – поява **дітей, чії батьки виїхала на заробітки за кордон**. Ці діти можуть виховуватися у власних родинах (наприклад, бабусею, батьком тощо), родинах родичів або неформальних прийомних родинах, їх можуть відправляти до інтернатів, інколи їх виховують спеціально найняті доглядальники. Фахівці відзначають, що такі діти можуть потерпати від жорстокого поводження або емоційної депривації (відсутності любові та уваги), втікати з дому або інтернату, перетворюватися на “дітей вулиці”. Іншою небезпекою, що чигає на цих дітей, є звичка до споживацтва, до витрачання “легких коштів” (переказаних з-за кордону батьками), зокрема, на наркотики,



відсутність контролю за поведінкою дитини з боку батьків. Нелегальна трудова міграція ставить під сумнів збереження цілісності сім'ї, як духовної так і фізичної та юридичної. Вона спричинює соціальну ізоляцію сім'ї та дітей у сім'ї при вирішенні питань, пов'язаних з заробітчанством та вихованням дітей. Внаслідок цього спостерігається:

- соціально-педагогічна занедбаність дітей заробітчан, їхня соціальна дезадаптованість та недостатній рівень соціальних вмінь;

- девіантної поведінки дітей та їх опікунів.

- емоційно-вольової неготовності до школи молодших школярів;

- складнощі зі статево-рольовою та професійною самовизначеністю старшокласників.

У науковій літературі до причин залишення дітей без батьківського піклування відносять: соціально-економічні (економічна криза, безробіття, голод, міграція) та соціально-психологічні причини (збільшення чисельності розлучень, втрата одного з батьків, погіршення клімату в родині грубим ставленням батьків до дітей, фізичним покараннями).

Втрата батьків або їх відсутність з моменту народження чи пізніше руйнує психіку, волю, характер і, як наслідок, впливає на фізичний та інтелектуальний розвиток дитини. Зміни, як правило, виявляються в затримці психічного розвитку й інколи залишають свій відбиток на все життя. Численними дослідженнями доведено, що найповноцінніший розвиток діти отримують від своєї, "постійної" матері або особи, яка замінює її. Тоді вони розвиваються найкраще у всіх відношеннях.

Конвенція про права дитини проголошує право кожної дитини на проживання в родині. Бо саме родина як безпосереднє соціальне оточення має максимальні порівняно, з іншими соціальними інститутами, можливості для поступового залучення зростаючої особистості до світу соціальних та емоційних цінностей, до виконання соціально значущих ролей, до оволодіння знаннями, вміннями й навичками, необхідними дитині для становлення її соціальної й емоційної компетентності.

### ***3.7.2. Загальні підходи та принципи соціальної роботи***

Соціальна робота з дітьми, які залишилися без батьківського піклування, спрямована на створення турботливого середовища, яке допомагає дитині розвиватися, сприяння соціалізації дитини, що перебуває в державному закладі, запобігання появи бездоглядних дітей або їхньої інституціоналізації.

Соціальні працівники, допомагаючи дітям, повинні зважати на вікові особливості своїх клієнтів, специфіку надання допомоги цій групі клієнтів, права дитини, а також на

загальні етичні норми та стандарти соціальної роботи.

Більшість соціальних працівників користується у своїй практичній роботі **соціально-педагогічною класифікацією віку**, де вікова періодизація співвідноситься з етапами соціалізації. На думку відомого російського вченого А. Мудрика, досить зручною з соціально-педагогічної точки зору є така класифікація: дитинство або період немовляти (від народження до 1 року), раннє дитинство (1-3 роки), дошкільне дитинство (3-6 років), молодший шкільний вік (6-10 років), молодший підлітковий вік (10-12 років), старший підлітковий (12-14), ранній юнацький (15-17 років), юнацький (18-23) вік, молодість (23-30 років), рання зрілість (30-40 років), пізня зрілість (40-55 років), літній вік (55-65 років), старість (65-75 років), довголіття (понад 70 років).

На кожному віковому етапі перед людиною постає низка завдань, від сприятливого чи несприятливого розв'язання яких залежить її особистий розвиток. З тією чи іншою мірою умовності можна виділити три групи завдань кожного віку:

природно-культурні (досягнення на кожному віковому етапі визначеного рівня біологічного дозрівання, фізичного і статевого розвитку);

соціально-культурні (пізнавальні, морально, ціннісно-сміслові), які пред'являють у вербальній формі інститутами соціалізації, а також існують у вигляді суспільних норм і цінностей;

соціально-психологічні (становлення самосвідомості особистості, її самовизначення в теперішньому та на перспективу, само актуалізація і самоствердження), які на кожному віковому етапі мають специфічний зміст і способи їх вирішення.

Якщо якість завдання залишається невиконаним, то це або затримує розвиток особистості, робить його недосконалим, або спотворює особистість. Можливий і інший варіант, коли завдання, не розв'язане у певному віці, через якийсь час дається взнаки у вигляді нібито немотивованих учинків, рішень, змін особистості.

З погляду соціально-педагогічної моделі практика соціальної роботи має будуватися так, щоби забезпечити умови для сприятливого виконання завдань на кожному віковому етапі життєдіяльності людини відповідно до норм цивілізованого суспільства. Крім того, соціальна робота у рамках цієї моделі спрямована на надання конкретної допомоги з розв'язання тих вікових завдань, які стоять перед індивідом:

*дошкільне дитинство*: просвітництво й консультація батьків, організація сімейних дитячих ясел-садків, ігрових груп і групових занять; патронаж неблагополучних і прийомних сімей;

*молодший шкільний вік*: просвітницька робота з батьками, створення умов для

розвитку молодших школярів у мікро соціумі, виявлення потенційно та реально віктимогенних чинників і віктимних школярів; координація інститутів виховання;

*підліткове дитинство*: просвітницька робота з батьками, діагностика віктимності родин, робота з віктимногенними родинами та віктимними підлітками; створення в мікро соціумі груп та організацій для пробудження й задоволення інтересів підлітків із використанням масових і групових форм взаємодії;

*рання юність*: просвітницька робота з батьками та юнаками; створення умов для позитивного проведення вільного часу відповідно до тенденцій моди; створення різних за змістовою спрямованістю клубів та організацій; діагностика віктимних сфер і віктимності особистості, її подолання; робота з переорієнтації окремих юнацьких груп і „розколу” асоціальних груп.

Таким чином, соціальна робота з дітьми має ґрунтуватися на феноменології вікової структури населення й на проблематиці вікової типології, методи та форми роботи з клієнтами з позицій вікового підходу та завдань, властивих кожному віковому періоду.

В організації роботи з дітьми, які залишилися без піклування батьків і перебувають у великих стаціонарних закладах, соціальні працівники мають взяти до уваги існування явища **госпіталізму**, пов'язаного з довготривалим перебуванням особи в специфічних умовах, наприклад, в стаціонарі лікарні чи притулку. У осіб, які зазнали госпіталізму, фахівці відзначають наявність соціальної дезадаптації, погіршення контактів з оточуючими, втрату трудових навичок, тенденцію до хроніфікації захворювань. Для уникнення госпіталізму необхідно: створювати насичене середовище, створювати умови для всебічної рухової активності дітей, підтримувати постійний контакт з дитиною.

Також дітям, які перебувають в інтернатних закладах, властиві залежність від цього закладу, споживацьке ставлення до опіки та уваги, почуття ворожості, заздрощів по відношенню до “домашніх” дітей, завищена чутливість до образ, брак образу матері, ідеалізація батьків, низька здатність розуміти чийсь почуття та співчувати, недостатня інформованість щодо своїх прав, невміння самостійно приймати рішення, труднощі у налагодженні контактів з незнайомими людьми, у виборі професії, створенні сім'ї і вихованні власних дітей.

В українській літературі щодо опіки над дітьми, позбавленими батьківського піклування, розглядаються **принципи реабілітаційної педагогіки**, спрямовані на відновлення фізичного, психічного, морального та духовного здоров'я дитини:

*демократизації* - усунення авторитарного принципу виховання;

*творчої діяльності, самодіяльності і самостійності* – розкриття творчих сил

кожної дитини;

*гуманізації взаємин усіх учасників реабілітаційно-виховного процесу* - визнання права дитини на свободу, на соціальний захист, на розвиток здібностей;

*психологізації реабілітаційно-виховного процесу* - центром реабілітаційно-виховного процесу має стати дитина з її складним світом думок, почуттів, її "Я" – концепцією;

*індивідуалізації та диференціації* - урахування рівнів фізичного, психологічного, соціального та духовного розвитку учнів;

*врахування інтересів і потреб дитини* - вивчення запитів, інтересів учнів і коригування виховного процесу.

У роботі з вихованцями інтернатних закладів соціальні працівники повинні дотримуватися таких цінностей і принципів:

1. Визнавати цінність кожної дитини.
2. Дотримуватися конфіденційності.
3. Ставитися до дитини як до особистості.
4. Уникати “ярликування”.
5. Не давати обіцянок, які неможливо виконати.
6. Демонструвати позитивні моделі поведінки.
7. Не підтримувати проявів небажаних якостей (ревнощів, споживацького ставлення, агресивності).
8. Демонструвати позитивне ставлення до всіх дітей.
9. Поважати думку, почуття та добровільний вибір дитини.
10. Акцентувати увагу дитини на власних позитивних характеристиках і здобутках.
11. Не знецінювати роботу працівників школи-інтернату в очах дітей та інших професіоналів, враховувати їхній досвід та побажання щодо роботи з дітьми.
12. Надавати працівникам інтернату інформаційну та методичну підтримку.

### **3.7.3. Методи і технології соціальної роботи**

Вибір практичних *методів роботи з дітьми-сиротами* залежить від:

- 1) віку дітей;
- 2) форми виховання дітей (колективної, групової, індивідуальної), що здійснюються в межах: інституційних закладів (будинки дитини, дитячі будинки, школи-інтернати тощо); дитячих будинків сімейного типу; прийомних сімей; сімей опікунів та усиновителів;
- 3) від осіб та організацій, які працюють з цією групою дітей.

Методи роботи із *запобігання дитячій бездоглядності та інституціоналізації дітей*

спираються на ідею надання допомоги за місцем проживання як дітям, так і їхнім батькам. Серед цих методів можна відзначити такі, як:

**планування родини** - статеве виховання, роз'яснювальна та просвітницька робота серед молоді щодо запобігання небажаної вагітності;

**запобігання відмові та розміщенню дітей у державних закладах** - підтримка та підготовка молодих батьків, матеріальна підтримка батьків, кампанії щодо боротьби зі зловживанням алкоголем, просвітництво, спрямоване на прийняття дітей з особливими потребами та надання послуг дітям з фізичними та психічними проблемами;

**реінтеграція кровної/біологічної родини** - надання послуг щодо возз'єднання та реабілітації сім'ї.

Важливим напрямом соціальної роботи з дітьми, які залишилися без піклування батьків, є *участь соціальних працівників у підтриманні сімейних форм опіки*, зокрема, залучення потенційних прийомних батьків, їх підготовка та навчання, допомога в оформленні документів, соціальний супровід прийомних сімей, а також дитячих будинків сімейного типу. Такий супровід може включати: методичну підтримку у вихованні дітей, психологічну підтримку прийомних батьків та батьків-вихователів, сприяння у створенні груп взаємодопомоги таких батьків, у деяких випадках – забезпечення юридичного консультування, організацію задоволення побутових потреб тощо.

Соціальні працівники мають також підготувати дитину до переходу у нову родину, спостерігати за її адаптацією до нової родини, у крайніх випадках – порушувати питання про вилучення дитини з такої родини, де вона зазнає насильства або недбалого ставлення, перебуває у постійному конфлікті з прийомними батьками.

Оскільки в нашій країні значна частка таких дітей потрапляє до державних закладів опіки, виділимо низку методів *роботи з вихованцями інтернатних закладів*. Так у роботі з дітьми молодшого шкільного віку, які залишилися без піклування один із важливих методів роботи є **ігрова терапія**, тобто вільна чи керована гра, яка справляє терапевтичний вплив на дитину, оскільки:

- гра є природною обстановкою для самовираження дитини;
- те, що дитина програє, символізує її емоції і страхи;
- несвідомо дитина виражає емоціями у грі те, що згодом може усвідомити, вона краще розуміє свої емоції і справляється з ними;
- гра допомагає будувати добрі стосунки між дитиною та дорослим;
- гра допомагає фахівцю більше дізнатися про історію життя дитини.

Ще одним важливим методом роботи є **казкотерапія**, під час якої дітям

пропонується вигадати за зіграти власну казку, що активізує уяву дітей, допомагає виявляти думки та почуття.

**Арт-терапія** як метод роботи передбачає здійснення корекційного впливу на дитину шляхом використання мистецтва як символічної діяльності.

Робота за моделлю **“Старший брат/старша сестра”** – індивідуальна робота з вихованцями інтернатних закладів, спрямована передусім на реалізацію індивідуальних потреб конкретної дитини у спілкуванні з старшим товаришем. За моделлю пропонуються такі завдання, як сприяння розвитку пізнавальної активності, покращення комунікативних навичок дитини, покращення навичок поведінки у громадських місцях, ознайомлення з роботою різних закладів, підтримка творчих нахилів дитини. Можливі форми роботи у рамках цієї моделі: погулянка, читання і обговорення літератури, відвідання закладу: театру, музею, кінотеатру, кафе, магазину, пошти, ігрова діяльність, заняття з рукоділля, бесіда (наприклад, правила етикету за столом, як вибрати подарунок, правила особистої гігієни, як звернутися на вулиці за інформацією, як організувати святкування свого дня народження). Для реалізації цієї моделі добре залучити волонтерів, проте така робота потребує від виконавця значних часових та емоційних затрат, тому необхідно чітко визначати мету та завдання застосування моделі, цінності, якими має керуватися особа, що займається такою роботою, а також регулярно надавати їй інформаційну та супервізійну підтримку.

**Індивідуальна підтримка** залежить від того, де перебуває дитина-сирота. Вона виходить із оцінювання соціальним працівником або командою фахівців потреб конкретної дитини, надання підтримки та відстеження змін.

Ще одна форма роботи - **“дозвілля вихідного дня”** полягає у формуванні уявлень дітей про пізнавальні об’єкти, які існують за межами інтернату, шляхом організації тематичних прогулянок, екскурсій, розваг. Цю діяльність можна здійснювати силами залучених волонтерів під керівництвом соціальних працівників.

Серед інших форм роботи можна назвати: телефон довіри, оформлення дитини до прийомної сім’ї, оформлення до дитячого будинку сімейного типу.

Моделі роботи з *дітьми-сиротами старшого шкільного віку*, передовсім тими, що перебувають у державних закладах: консультування; тренінгова робота; практичні заняття з вирішення побутових проблем, ведення домашнього господарства; профорієнтаційні заняття; оформлення у прийомні сім’ї тимчасового перебування; індивідуальний соціальний супровід; представництво інтересів; телефон довіри; клуб взаємодопомоги.

Зупинимося детальніше на таких формах роботи, як тренінг та соціальний супровід.

**Тренінгова робота** має на меті здійснення впливу на покращення практичних навичок, пов'язаних з життям старшокласників за межами інтернату. Вона може включати такі етапи:

– інформаційно-мотиваційну зустріч з старшокласниками та відповідальними працівниками (ознайомлення з програмою, заохочення, формування групи);

– первинне попереднє оцінювання потреб у набутті знань та навичок, визначення рівня компетентності (анкетування);

– первинне індивідуальне інформаційно-мотиваційне консультування (надання інформації про форми роботи, з'ясування психологічного стану, зокрема, можливих переживань щодо участі у тренінгах, визначення соціальних проблем, пов'язаних з тематикою тренінгів, з'ясування побажань щодо тренінгів;

– тренінгові заняття;

– повторне індивідуальне консультування (обговорення проблем, які виникають під час тренінгів, та власних здобутків);

– кінцеве оцінювання впливу програми на підвищення рівня компетентності старшокласників (фокус-група, опитування старшокласників та працівників школи-інтернату).

По завершенні програми варто забезпечити старшокласників інформаційними посібниками, які містять витяги з тренінгових занять, та проінформувати їх про можливість отримання підтримки по вибутті з інтернатного закладу.

За Законом України “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю” (2001 р.) **соціальний супровід** – це “робота, спрямована на здійснення соціальних опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій дітей та молоді з метою подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення їх соціального статусу”. Соціальні працівники, вдаючись до такої форми роботи з дітьми, які перебувають під державною опікою, можуть бути залучені до:

- створення інформаційного банку даних про фактичні і потенційні можливості різноманітних державних та недержавних установ, соціальних служб; визначення потреб випускника інтернату і надання йому допомоги у пошуку необхідних сервісних служб; забезпечення контактів випускника з різними підрозділами системи надання соціальних послуг;
- складання плану посередницьких послуг; створення та підтримки зв'язків між випускником та системою соціальних послуг; контролю якості і своєчасності надання послуг випускнику;

- посередництва від імені клієнта чи групи під час відстоювання їхніх прав на одержання послуг, ресурсів, допомоги в відповідних державних або інших установах.

Однак слід зауважити, що модель індивідуального супроводу є для України порівняно новою. У кращому випадку функції представлення та захисту інтересів вихованців інтернатних закладів виконують працівники цих закладів. Тоді як цим могли б займатися й недержавні організації, що діють у місцевій громаді.

Важливим напрямом соціальної роботи є підтримка потенційних усиновителів, прийомних батьків, батьків-вихователів дитячих будинків сімейного типу (як альтернативних інтернатному утриманню форм опіки над дитиною). Соціальні працівники можуть проводити тренінги для охочих взяти дитину на постійне чи тимчасове проживання, надавати психологічну допомогу цим родинам у процесі адаптації до нових ролей. Важливою в багатьох випадках є й матеріальна підтримка таких сімей, що може надаватися як державними, так і недержавними закладами.

Що стосується методів *роботи з дітьми вулиці* (безпритульними дітьми), то вони залежать від того, який підхід застосовують: авторитарний, що передбачає негайне й примусове вилучення дітей із вулиці, чи ліберальний, у рамках якого можливе надання широкого спектру різних видів допомоги безпосередньо в умовах вулиці, як-от:

- забезпечення регулярним гарячим харчуванням, організація роботи виїзних кухонь;
- створення банків одягу і взуття, забезпечення дітей-бродяг необхідним одягом;
- надання місця для ночівлі;
- надання медичної допомоги стаціонарними та мобільними (виїзними) амбулаторіями;
- організація ігор та екскурсій;
- проведення виховних бесід, спрямованих на підвищення мотивації до соціально прийнятної поведінки;
- надання моральної та психологічної допомоги;
- проведення просвітницької роботи, зокрема, інформування щодо ризику різних захворювань та засобів їх профілактики, щодо прав дитини та організацій, які можуть надати допомогу дитині;
- створення кризових та реабілітаційних центрів, центрів денного перебування, де дитина могла б харчуватися, отримувати медичну допомогу, навчатися тощо.

*Робота з дітьми, чії батьки виїхали за кордоном*, може спрямовуватись на відстеження умов, в яких опинилася дитина після відходу батьків (або одного з батьків) з метою запобігання жорстокого ставлення до дитини, надання психологічної допомоги



дитині, створення центрів тимчасового цілодобового перебування, надання юридичних консультацій тощо.

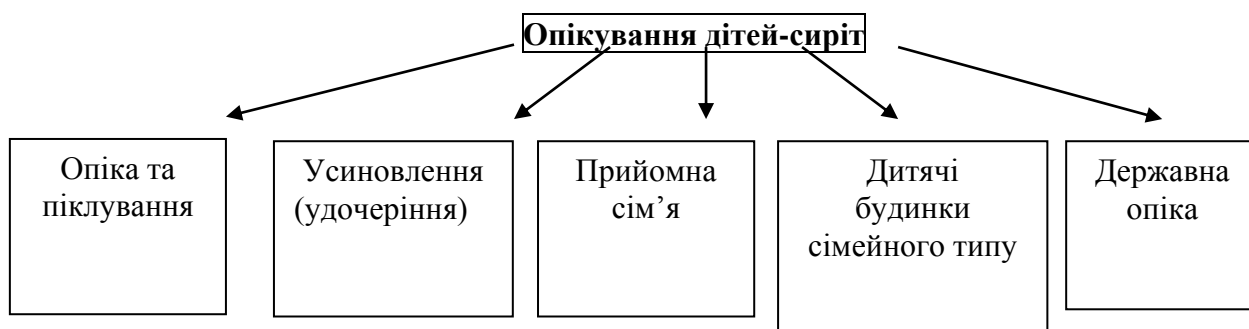
Усі запропоновані моделі мають поєднуватися задля досягнення визначеної мети та виконуватися фахівцями на основі мультидисциплінарного підходу.

### **3.7.4. Організація надання допомоги**

Основною формою догляду за дітьми-сиротами та дітьми, позбавленими батьківського піклування в Україні й досі вважають заклади державної системи інтернатного догляду. Створення та розвиток подібних інституцій на початку минулого століття спричинила значна кількість біологічних сиріт та бездоглядних дітей, які опинялися на вулиці внаслідок втрати батьків та найближчих родичів у післяреволюційні та післявоєнні роки. Дитячі будинки були покликані забезпечити базові потреби дітей, також здійснювати навчально-виховну функцію. Згодом така форма догляду за дітьми перетворилася на традиційну.

Згідно з чинним українським законодавством дитина, яка не має можливості отримати повноцінних опіки та виховання у біологічній родині, може перебувати: у родині усиновителів, опікунів, піклувальників; державній системі інтернатного догляду; дитячому будинку сімейного типу; прийомній сім'ї; притулку для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх; центрах соціально-психологічної реабілітації неповнолітніх; центрах медико-соціальної реабілітації неповнолітніх закладів охорони здоров'я; благодійних недержавних центрах психолого-соціальної реабілітації.

Зараз в Україні співіснують п'ять форм опіки над дітьми-сиротами (рис. 14).



**Рис.14. Сучасні форми опікування дітей-сиріт в Україні**

**Усиновлення (удочеріння)** - оформлене спеціальним юридичним актом прийняття в сім'ю неповнолітньої дитини на правах сина або дочки. Є найкращою формою влаштування долі дитини-сироти і досі єдиною, в результаті якої дитина вибуває з системи державної опіки та піклування, позбуваючись статусу дитини-сироти чи такої, що лишилася без батьківського піклування.

**Опіка і піклування** встановлюються для виховання неповнолітніх дітей, які внаслідок смерті батьків, позбавлення батьківських прав, хвороби батьків чи з інших причин залишилися без батьківського піклування, а також для захисту особистих і майнових прав та інтересів цих дітей. Опіка встановлюється над дітьми, які не досягли п'ятнадцяти років; піклування віком від п'ятнадцяти до вісімнадцяти років.

Спільним для усиновлення і опіки є те, що вони покликані гарантувати створення сприятливих умов життєзабезпечення дитини. З метою повноцінного розвитку дитини при встановленні опіки правовий зв'язок дитини з біологічними батьками та близькими родичами не припиняється. Ця обставина значно спрощує умови передачі дитини під опіку, робить таку форму влаштування дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, більш доступною для створення оптимальних умов виховання у сім'ї.

Опікуни, як правило, обираються із осіб, близьких підопічному. Такий підхід має історично сформовані традиції та виважений характер, розрахований на збереження дитиною наявних родинних зв'язків. Причому для встановлення опіки необхідна згода опікуна. Ця вимога носить суто педагогічний аспект, оскільки виключає можливість примусового встановлення опікунських обов'язків і підтверджує виваженість рішення та прийняття зобов'язань щодо виховання дитини.

Завдання опіки над дитиною формулюються як право та обов'язок опікуна виховувати підопічного, піклуватися про його здоров'я, фізичний, духовний і моральний розвиток, навчання, готувати до праці, здійснювати захист його прав та інтересів.

**Прийомна сім'я** - сім'я, яка добровільно взяла із закладів для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, від 1 до 4 дітей на виховання та спільне проживання.

До осіб, які є потенційними прийомними батьками, висуваються певні медико-педагогічні вимоги, які певною мірою можна розглядати як гарантію створення у родині необхідних умов повноцінного виховання та розвитку прийомної дитини. Кандидатура батьків розглядається експертними комісіями мри органах опіки та піклування, до складу яких входять психологи, педагоги, працівники освіти, органів опіки та піклування. Як і у випадках оформлення інших форм сімейного утримання, тут також встановлено певні

обмеження щодо кандидатів на виховання дітей.

Однією з умов формування доброзичливого клімату в родині з приходом дитини-сироти, встановлення сімейних контактів з усіма її членами є надання письмової згоди усіх неповнолітніх членів сім'ї на влаштування прийомної дитини.

**Дитячий будинок сімейного типу** - окрема сім'я, яка створюється за бажанням подружжя або окремої особи, яка не перебуває у шлюбі, які беруть на виховання та спільне проживання не менш як 5 дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування;

Кандидат на роль батька-вихователя має пройти експертну комісію, до якої входять спеціалісти (психологи, юристи, педагоги, лікарі). Останні оцінюють особистісні якості майбутнього вихователя, його здатність замінити батька не одній, а кільком дітям, як правило, обтяжених вадами розвитку, педагогічне занедбаних, які пережили втрату близьких тощо. Перевага надається сім'ям або самотнім громадянам, які мають досвід виховання дітей чи вже є на даний час опікунами або піклувальниками і сумлінно виконують свої обов'язки.

Укладання угоди між місцевими органами влади і батьками-вихователями накладає на представників обох сторін певні права та обов'язки. Так, орган виконавчої влади зобов'язаний виділяти кошти на утримання вихованців, надавати всіляку допомогу сім'ї, виплачувати батькам-вихователям грошове утримання. Водночас представники органів виконавчої влади контролюють умови виховання, утримання дитини і, якщо вони не виконуються, мають право розірвати угоду з батьками-вихователями, якщо вони порушують норми угоди. Батьки-вихователі зобов'язані передусім виховувати прийомних дітей, піклуватися про їхнє здоров'я, розвиток. Вони повинні особисто виховувати неповнолітнього, якому замінюють батьків. Батьки-вихователі мають право також вимагати від місцевих органів влади дотримання вимог угоди.

**Державна опіка** передбачає розміщення дитини в державному стаціонарному закладі. До системи інтернатного догляду входять будинки дитини (0-3 роки), дитячі будинки (вік 3-7 років), дитячі будинки змішаного типу (вік 3-18 років), школи-інтернати (вік 7-18 років), спеціальні школи-інтернати (діти з вадами розвитку), будинки-інтернати (діти, які потребують спеціального нагляду).

Наслідки соціально-економічної кризи, якої зазнало українське суспільство, безумовно позначилося і на системі інтернатних закладів. Зазначимо деякі з проблем: перевантаженість інтернатів; заорганізованість виховного процесу; брак постільної білизни, засобів гігієни, канцтоварів, мийних засобів; незбалансованість харчування;

поширення епідемій; відтік кадрів. На сьогодні заклади інституційного виховання потребують ремонту приміщень, оновлення обладнання харчоблоків, пралень, майстерень, навчальних кімнат, ігрових кімнат, перегляду навчально-виховних програм, курсів підвищення кваліфікації та тренінгових програм для працівників інтернатів, залучення до роботи фахівців з соціальної роботи. Варто додати, що внаслідок порушення старого державного механізму забезпечення житлом та роботою, браку знань та навичок існування у відкритому суспільстві, випускники інтернатних закладів врешті-решт опиняються на вулиці.

Недосконалість чинного законодавства, та, зокрема, суперечності, які існують у різних законах та підзаконних актах, що регулюють роботу з дітьми-сиротами, спричиняють появу великої кількості дітей, статус яких не визначений. Таким чином, для більшості з них можливості виховання у родині не існує як такої. Наприклад, діти, яких залишають у пологовому будинку (мати утікає із закладу, не лишаючи будь-якої заяви про відмову дитини чи її тимчасове влаштування до будинку дитини). Акт про залишену дитину, що у такому випадку складається адміністрацією лікарні, є підставою для оформлення немовля до дитячого будинку, тоді як права бути усиновленою іншими громадянами дитина не має (через відсутність письмової згоди батьків), отже є приреченою переходити із одного закладу до іншого впродовж життя.

Подібна ситуація спостерігається і у випадку дітей, яких влаштовують до дитячого будинку тимчасово, найчастіше у зв'язку із неможливістю виховувати дитину через складне матеріальне становище. У багатьох випадках, причини влаштування є іншими (існування дитини заважає матері вести усталений спосіб життя; батько дитини не хоче її виховувати; неповнолітню матір примушують віддати дитину до закладу її батьки чи найближчі родичі тощо, мати виїхала на заробітки й не має з ким залишити дитину). Практика вказує, що такі діти рідко повертаються до родини. Мати поновлює заяву на інший термін, і дитина знову приречена на виховання у закладах інтернатного типу.

В Україні вирішенням проблем, пов'язаних з дитячою бездоглядністю, займаються: управління (відділи) у справах сім'ї та молоді регіональних і місцевих державних адміністрацій; органи опіки і піклування; служби у справах неповнолітніх; кримінальна міліція у справах неповнолітніх органів внутрішніх справ; центри соціальних служб для молоді; органи державної влади; громадські, благодійні, релігійні організації.

Влаштування дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, покладається на органи опіки та піклування місцевої державної адміністрації, вирішенням питань захисту прав дітей-сиріт займаються інспектори з охорони дитинства відділів

освіти.

Що стосується проблеми дітей вулиці, то її розв'язання потребує впровадження комплексної моделі, яка повинна включати:

- заходи з попередження бездоглядності дітей: створення майданчиків і клубів дозвілля, телефонів довіри, центрів сімейної психосоціальної терапії;
- вуличну соціальну роботу з для виявлення дітей та встановлення контактів із ними, залучення до соціальних служб;
- створення кризових центрів для дітей, які опинилися у скрутному становищі;
- створення системи короткострокових прийомних сімей, які беруть дитину на утримання на кілька тижнів або місяців, доки рідна сім'я не вирішить своїх проблем, або доки дитину не відправлять на утримання в іншу сім'ю чи дитячий будинок;
- ширше залучення громадських і благодійних організацій;
- розробку методичних рекомендацій з організації виховної та дозвіллевої роботи з цими дітьми.

Нині в Україні низка державних та недержавних організацій, які надають послуги кризовим родинам, чії діти можуть потрапити до інституційної системи, дітям-сиротам та дітям, позбавленим батьківського піклування, місію своєї діяльності вбачають у забезпеченні права кожної дитини виховуватися у родині, тому вони реалізують програми, націлені на попередження потрапляння дітей у інтернати, повернення з інтернатів до родин. Діяльність недержавних організацій дедалі набуває більшого значення. Відсутність структурно-бюрократичних обмежень та можливість залучення недержавних коштів створюють умови для впровадження інноваційних проектів, орієнтованих на індивідуальний розвиток дітей, як в межах інтернату, так і у рамках альтернативних форм виховання дітей.

Поява в Україні нових моделей соціальної роботи з дітьми викликана необхідністю викорінення системи стаціонарного догляду за дітьми, намаганнями покласти край стражданню, духовному зубожінню та втраті людського потенціалу, які є неминучим наслідком інституціоналізації дітей.

У розвинених країнах інституціональна система догляду за різними групами клієнтів, та дітьми зокрема, потерпіла суттєвих змін у середині ХХ століття, основними причинами яких були: неефективність використання коштів на утримання користувачів послуг в великих інституціях; невисока ефективність надання послуг (нівелювання індивідуальних потреб, розрахунок на загально статистичного клієнта); зловживання по відношенню до дітей з боку персоналу дитячих будинків; загальне розуміння негативного впливу

інституційного догляду (завдяки впливу ЗМІ на громадську думку).

Практично скрізь нині спостерігається тенденція розвитку сімейних форм догляду за дітьми як складової процесу деінституціалізації, який ґрунтується на розумінні того, що люди не потребують постійного догляду у стаціонарному закладі або можуть отримати його у службах в громаді/за місцем проживання (в сім'ї). Загальноприйнятою в соціальній роботі є точка зору, що стаціонарні/інституційні форми опіки не є найкращими для дитини. Це переконання справедливе навіть для розвинутих країн Західної Європи та Америки, де умови перебування у стаціонарних (резидентних) службах максимально наближені до домашніх, а персонал є добре підготовленим. У західній системі піклування за дітьми-сиротами перевагу надають тимчасовому догляду в нерідних сім'ях, усиновленню тощо.

Варто зазначити, що сьогодні у західних країнах, зокрема у США та Великобританії, не залишилося дитячих будинків у традиційному розумінні. Діти виховуються у прийомних (фостерних) сім'ях, в разі потреби – тимчасово перебувають у реабілітаційних центрах, отримують консультативну та іншу допомогу у соціальних службах за місцем проживання.

Наприклад, для дітей же, які зазнали важких психологічних травм та потребують тимчасового або тривалого відокремлення від родини, існує можливість перебування у закладах типу “групових будинків”. Унаслідок тривалих зловживань чи недбалого ставлення батьків, корекція поведінки таких дітей вимагає інтенсивного терапевтичного втручання, яке може забезпечити мультидисциплінарна команда професіоналів на базі групового будинку. Так, після направлення дитини до закладу, члени команди (до складу якої можуть входити психіатр, соціальний працівник, учитель, педіатр, дитячий працівник, психотерапевт, юрист, інколи – священник та батьки) проводять первинне оцінювання проблем та потреб дитини, на підставі якого складається план втручання для кожної дитини. Орієнтовний термін реалізації плану втручання – три місяці, хоча для деяких дітей, яким необхідно тривалий час для розвитку певних навичок чи здатності контролювати власну поведінку, він може бути подовжений до року. По закінченню визначеного терміну команда оцінює зміни та результати втручання, після чого виносить рішення про подальшу долю дитини.

У Великобританії задля попередження передачі дитини під опіку закладів соціальної допомоги переважає практика надання всебічної підтримки сім'ї. У ситуації неможливості перебування дитини у біологічній родині вона може бути всиновленою, протягом визначеного часу, виховуватися у фостерній сім'ї чи має можливість проживати у

невеликому закладі тимчасового перебування. Кризовим родинам, які мають тимчасові труднощі, британськими соціальними службами пропонується послуга короткочасного (кілька місяців) догляду за дітьми віком від 11 до 17 років з можливістю повернення дитини до біологічної сім'ї. Якщо родина не може подолати труднощі, дитина передається у фостерингову сім'ю за умови контактування з батьками і збереження їхніх прав щодо дитини. Впроваджено також догляд в надзвичайних (критичних) ситуаціях, коли необхідно терміново ізолювати дитину від негативного впливу сім'ї. Так, поки вирішується питання про подальшу долю дитини, вона кілька днів чи тижнів знаходиться під опікою іншої сім'ї.

Заклади тимчасового перебування розташовані у громаді, де умови максимально наближені до домашніх. Так, діти мають можливість: навчатися у школі, самостійно планувати свій день, готувати їжу на свій смак, вирішувати свої побутові проблеми, отримувати індивідуальну допомогу та підтримку з боку фахівців.

Таким чином у соціальній роботі відбувся перехід від ідей колективного виховання дітей, позбавлених батьківського піклування, до впровадження індивідуальних підходів і сімейних форм виховання. Однак в Україні трансформація фахових державної системи опіки та піклування над дітьми, що залишилися без догляду батьків, відбувається досить поступово, хоча й апробуються нові форми і методи підтримки кризових та прийомних родин. Поява нових моделей соціальної роботи з дітьми викликана необхідністю викорінення системи стаціонарного догляду за дітьми, намаганнями покласти край стражданню, духовному зубожінню та втраті людського потенціалу, які є неминучим наслідком інституціоналізації дітей.

### ***3.7.5. Приклади діяльності соціальних служб***

Можна навести кілька цікавих взірців роботи українських соціальних служб з дітьми-сиротами та дітьми, що залишилися без піклування батьків, а також щодо запобігання дитячій бездоглядності.

Прикладом індивідуальної роботи з вихованцями дитячих будинків, базованої на урахуванні потреб кожної дитини, може бути програма "Підтримка дітей, які виховуються у інтернатних закладах" благодійної організації "Соціальна служба "Віфанія", створеної 1998 року. Програма передбачає надання фінансової, матеріальної, психологічної та соціальної допомоги дітям визначених дитячих будинків у м. Вінниця та Вінницькій області та здійснюється за наступними етапами:

- 1) *комплексне оцінювання потреб дитини*, яке здійснюється командою, що

складається з представників дитячого будинку (директор, вихователь групи, психолог, лікар) та благодійної організації (соціальний працівник, лікар). При оцінюванні враховуються потреби у одязі; додатковому харчуванні; медичній допомозі (лікування специфічної хвороби, операція); навчанні та розвитку конкретних здібностей; соціальному та юридичному супроводі (значна кількість дітей не мають статусу сироти, хоча є такими, що позбавляє їх можливості виховання у родині усиновителів, також права користуватися відповідними допомагами та пільгами);

2) *пошук спонсора*, який здійснюється працівниками благодійної організації. Потенційними спонсорами можуть бути як громадяни України та юридичні особи, зареєстровані в Україні, так і представники інших країн;

3) *надання підтримки* та відстеження змін (якщо спонсора знайдено, із ним складають письмову чи усну угоду про термін та умови надання допомоги. Бюджет для кожної дитини складається щомісяця чи щодвамісяці, порядок використання коштів визначається та контролюється командою професіоналів. Соціальний та юридичний супровід здійснюється працівниками благодійної організації. Члени команди спільно відслідковують зміни, які відбуваються з дитиною внаслідок комплексної допомоги).

Варто зазначити, що підтримка в межах інституції надається тим дітям, шанси повернення яких до біологічних родин чи виховання у родинх усиновителів є невеликими. Такі діти визначаються спільно директором і вихователем закладу та соціальним працівником благодійної організації. Діти ж, які мають потенційну можливість повернутися до біологічної родини беруть участь у програмі реінтеграції дитини у біологічну родину чи родину найближчих родичів.

Ще одна програма, що реалізується в цій службі, має назву “Реінтеграція дітей, позбавлених батьківського піклування та їх родин”. Вона розпочата 2001 року і має на меті повернення дітей з двох будинків Вінниці та Вінницької області до їх біологічних родин, якщо це не суперечить правам та інтересам дітей. Ця програма складається з низки етапів:

1) підготовка персоналу закладу до роботи з сім'ями дітей (робота з працівниками дитячих будинків здійснювалася у вигляді індивідуальних консультацій та групових зустрічей. Під час останніх проводилися тренінги на теми дитячої прив'язаності та наслідків материнської деривації у ранньому віці, психологічного розвитку дитини тощо; а також обговорення випадків дітей. Варто згадати про типові негативне ставлення працівників дитячих будинків до матерів, які передають дітей на виховання до подібних закладів. Існуючі стереотипи у суспільстві, та у середовищі будинку зокрема, заважають



персоналу дитячих закладів вірити у потенційну можливість матерів змінюватися. Існують, також, інші причини, за яких працівники неохоче сприймають ідею реінтеграції дітей та батьків. Наприклад, фінансування дитячого будинку залежить від ступеню укомплектованості закладу);

2) визначення дітей, які потенційно можуть повернутися до біологічних родин, за умови надання останнім професійної соціальної та фінансової допомоги;

3) оцінювання потреб дитини та родини (оцінюються матеріально-побутові умови, в яких проживає родина, морально-психологічний клімат, мотивацію до виховання дитини у родині, потреби у фінансовій допомозі, психологічній підтримці, навчанні тощо, згодом спільно з клієнтами складається план втручання);

4) робота з реінтеграції дитини та родини (за допомогою соціального працівника родина створює мережу підтримки; фахівець здійснює допомогу у представленні інтересів дитини та батьків у державних і недержавних установах та службах);

5) соціальний супровід (здійснюється з моменту повернення дитини до родини і триває впродовж півроку чи року залежно від індивідуальних потреб).

Іншим досвідом є реалізація проекту “Створення реінтеграційного майданчика повернення дітей, позбавлених батьківського піклування, до біологічних родин Профілактика раннього соціального сирітства” благодійною організацією **“Надія та житло для дітей”**. У межах проекту створено три осередки реінтеграційного майданчику на базі акушерського та дитячого відділення лікарні ім. Луначарського у Херсоні, а також у Херсонському обласному будинку дитини. Завданнями осередків є: проведення психологічної роботи з породіллями, які відмовилися від виховання щойно народжених дітей, а також створення можливостей для відвідування дитини у лікарні та дитячому будинку її матір’ю та найближчими родичами, також робота по підвищенню мотивації до повернення дитини додому. Для цього на базі лікарні та дитячого будинку було обладнано спеціальні кімнати зустрічей родини з дитиною, де спілкування відбувалося у невимушеному середовищі; також надавалися консультації психолога.

**Центри соціальних служб для молоді** також залучені до організації надання допомоги дітям, що залишилися без піклування батьків. Наприклад, на «телефон довіри» Тернопільського обласного центру соціальних служб для молоді звернулася дівчина, яка розповіла, що її подруга К., 12 років, потрапила в складну ситуацію. Мати К. виїхала на заробітки за кордон і попросила доглядати за дочкою свою знайому, котрій регулярно висилала кошти на утримання дівчинки й платню за її догляд. Ця тимчасова опікунка виявилася людиною емоційно холодною й жорстокою у поведженні. Тому К. страждала

від браку любові та розуміння, у неї погіршився загальний емоційний стан. Дії працівників соціальної служби полягали в наданні соціально-психологічної консультації тій дитині, які звернулася на „телефон довіри”. Разом із тим відбулася індивідуальна робота з К., яка, зокрема, включала використання проєктивних методик „Неіснуюча тварина” та „Моя сім'я” для дослідження і визначення проблеми, налагодження контактів із матір'ю, переконання її у необхідності повернення додому, поліпшення стосунків між матір'ю та дочкою, що передбачало співпрацю з психологом загальноосвітньої школи та використання методів арттерапії та психодрами.

---

### **Висновки**

---

1. До дітей, які залишилися без батьківського піклування, відносять: дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, бездоглядних дітей (дітей вулиці). Втрата батьків або їх відсутність з моменту народження чи пізніше руйнує психіку, волю, характер і, як наслідок, впливає на фізичний та інтелектуальний розвиток дитини

2. Соціальна робота з дітьми, які залишилися без батьківського піклування, спрямована на створення турботливого середовища, яке допомагає дитині розвиватися, сприяння соціалізації дитини, що перебуває в державному закладі, запобігання появи бездоглядних дітей або їхньої інституціалізації.

3. Вибір практичних методів роботи з дітьми, які залишилися без батьківського піклування, залежить від: віку дітей; форми виховання дітей (колективної, групової, індивідуальної), від осіб та організацій, які працюють з цією групою дітей. У соціальній роботі відбувається поступовий перехід від ідей колективного виховання дітей, позбавлених батьківського піклування, до впровадження індивідуальних підходів і сімейних форм виховання.

### **Запитання для самоперевірки**

1. У чому полягає відмінність між поняттями „дитина-сирота” та „дитина, що залишилась без піклування батьків”? Кого вважають „соціальними сиротами”?

2. Чим би Ви пояснили зростання в Україні кількості дітей, які залишилися без батьківського піклування?

3. Який вплив, на Вашу думку, мають стаціонарні установи на психологічний, емоційний та соціальний розвиток дитини? Що таке явище госпіталізму?

4. У чому може полягати роль соціального працівника у соціальному супроводі прийомних батьків та батьків-вихователів дитячих будинків сімейного типу?

5. Які форми роботи з вихованцями шкіл-інтернатів Вам відомі?
6. У чому полягає роль соціального працівника у допомозі дітям вулиці?
7. Дайте порівняльну характеристику різних форм опіки дітей-сиріт.
8. Які приклади роботи соціальних служб, що надають допомогу дітям, які залишилися без піклування батьків, ви можете навести?
9. Запропонуйте шляхи подолання соціального сирітства в Україні.

## Література

1. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / За заг. ред. А.Й. Капської. – К., 2002. – С.54-57.
2. *Вадзюк О.В.* Соціальна робота з клієнтами // Соціальна робота в Україні: теорія та практика. – К.: УДЦССМ, 2002. – С. 119.
3. Варениця О., Макаренко О. Соціально-психологічні проблеми дітей у родинах нелегальних трудових мігрантів // Соціальна політика і соціальна робота. – 2006. – № 2-3.
4. *Волинець Л.С.* Соціальне становище дітей в Україні. – К., 2000.
5. Вчимося жити самостійно: Навч. - метод. посіб. для роботи з учнями випускних класів інтернатних закладів / Ж.В. Петрочко та ін. – К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2002.-203 с.
6. Державна доповідь “Про становище дітей в Україні (за підсумками 1999 року): Соціальний захист дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування”. - К: Український ін-т соціальних досліджень, 2000.
7. Дети улицы. Образование и социальная адаптация безнадзорных детей: Доклад / Под. ред. А.Н. Майорова. – М.: Интеллект-центр, 2001. – 192 с.
8. *Дума Л.П., Савчук О.М.* Тренінг для випускників шкіл-інтернатів // Соціальна політика і соціальна робота. - 2002.- № 3-4.-С. 66-79.
9. Закон України “Про охорону дитинства” від 26.04.2001 р.
10. Закон України „Про соціальну роботу з дітьми та молоддю” від 21.07.2001 р.
11. Звіт про діяльність БО “Соціальна служба “Віфанія” за період з 1998 по 2003 рік. – К., 2004.
12. *Капська А.Й.* Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю. – К.: УДЦССМ, 2001. – 219 с.
13. *Козубовський В.В.* Соціальний захист неповнолітніх, позбавлених сімейного виховання // Соціальна робота в Україні та за рубежом. – Доступно з: <http://www.quarterly.uz.ua/1/6.htm>.

14. Методичні рекомендації соціальним працівникам щодо підготовки прийомних батьків / Упор. та авт. колектив Н.М. Комарова та ін. – К.: Студцентр, 1998. – 128 с.
15. Причини інституціалізації і майбутнє молодих людей, які залишають заклади державної опіки: Тематичне дослідження.-К., 2001.
16. Психолого-педагогічні аспекти роботи з „дітьми вулиці”: Збірник статей та методик / За заг. ред. Толстоухової С.В., Пінчук І.М. – К., 2000.
17. *Слуцкий Е.Г.* Беспризорность в России: вновь грозящая реальность// Социологические исследования.- 1998.-№3. – С. 117-118.
18. Соціальна робота. У 3 ч. – Ч. 3. Робота з конкретними групами клієнтів / За ред. Семигіної Т.В., Григи І.М. – К.: КМ Академія, 2004.
19. Соціальні послуги на рівні громади: український досвід і перспективи / За ред. Семигіної Т.В. – К.: Гурт, 2005.
20. Соціальні служби – родині: Розвиток нових підходів в Україні / За ред. І.М. Григи, Т.В.Семигіної. – К., 2002.
21. Теорії і методи соціальної роботи / За ред. Семигіної Т.В., Миговича І.І. – К.: Академвидав, 2005.
22. Чи зійдуться наші долі...Реінтеграція батьків і дітей: перші кроки до усвідомлення потреби / Л.С Волинець та ін.- К., 2002.
23. *Шульга Т.И., Слот В., Спаниярд Х.* Методика работы с детьми «группы риска». 2-е изд., доп. -М.: Изд-во УРАО, 2001.
24. *Яковенко В.С.* Дитина – сирота: розвиток, виховання, усиновлення. - Кіровоград, 1997.

### **3.8. Соціальна робота з людьми, які зазнали насильства в сім'ї**

#### ***3.8.1. Насильство в сім'ї як соціальна проблема***

Проблема насильства в сім'ї інтегрована в культуру багатьох суспільств. Це поняття охоплює різні види поведінки й має вагомі соціальні наслідки.

Згідно з Законом України «Про попередження насильства в сім'ї», насильство в сім'ї розглядається як “будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї по відношенню до іншого члена сім'ї, якщо ці дії порушують конституційні права і свободи члена сім'ї як людини та громадянина і наносять йому моральну шкоду, шкоду його фізичному та психічному здоров'ю”. Виділяють фізичне, сексуальне, психологічне, економічне насильство в сім'ї.

*Фізичне насильство* – умисне нанесення одним членом сім'ї іншому члену сім'ї побоїв, тілесних ушкоджень, що може призвести чи призвело до смерті постраждалого, порушення фізичного чи психічного здоров'я, нанесення шкоди його честі та гідності.

*Сексуальне насильство* – протиправне посягання одного члена сім'ї на статеву недоторканість іншого члена сім'ї, а також дії сексуального характеру по відношенню до неповнолітнього члена сім'ї.

*Психологічне насильство* – насильство, пов'язане з дією одного члена сім'ї на психіку іншого члена сім'ї шляхом словесних образ чи погроз, переслідування, залякування, якими навмисно спричиняється емоційна невпевненість, нездатність захистити себе та може завдаватися або завдається шкода психічному здоров'ю.

*Економічне насильство* – умисне позбавлення одним членом сім'ї іншого члена сім'ї житла, їжі, одягу та іншого майна чи коштів, на які постраждалий має передбачене законом право, що може призвести до його смерті, викликати порушення фізичного чи психічного здоров'я.

Щодо насильства над дітьми в сім'ї, то в практиці соціальної роботи часто використовують поняття “жорстоке поводження з дітьми”. І окрім фізичного, психологічного, сексуального та економічного насильства інколи виділяють ще й *недбале ставлення до дитини* – відсутність з боку батьків належного забезпечення умов, потрібних для здорового розвитку дитини, що включають наявність достатнього харчування, одягу, житла, виховання, освіти, медичної допомоги; а також відсутність уваги, залишення дитини без нагляду, внаслідок чого вона може стати жертвою нещасного випадку. Може виникати як через об'єктивні причини (бідність, психічні хвороби батьків, їх недосвідченість), так і без них.

Якщо говорити про насильство над людьми літнього віку, то до нього відносять: відсутність медичної допомоги, погане харчування, насильницьке відокремлення від інших членів родини, привласнення їхніх грошей чи речей. Наслідком усіх цих дій може стати загроза життю й здоров'ю літнього члена родини. Найжорстокіші акти насильства набувають форми навмисного завдання збитку чи покалічення.

Окреслюючи проблему насильства, важливо констатувати, що насильство - це явище, яке виникає з діяльності людини. При цьому, інколи наголошують на тому, що насильство можна розглядати і як прояв бездіяльності. Прикладом цього можуть слугувати випадки ненадання допомоги людині, яка її потребує, ігнорування, недбале ставлення до дитини, людини похилого віку тощо. Така діяльність чи бездіяльність характеризується певними властивостями:

- *умисність*: насильство завжди спрямоване на досягнення певної цілі, воно є наслідком продуманої дії, тобто, не є випадковим;

- *порушення прав та свобод іншої людини*: насильство завжди пов'язане з порушенням якихось прав особистості або групи осіб;

- *низький рівень самозахисту*: між учасниками насильницьких дій присутні різного роду переваги: фізична сила (чоловік щодо дружини, батьки щодо дітей, дорослі щодо людей похилого віку), вікові переваги (батьків щодо дітей);

- *спричинення шкоди* (фізичної, моральної).

Концептуальне осмислення “насильства в сім'ї” демонструє наявність різних аспектів цього явища, зокрема:

- етапність чи циклічність;
- здатність до повторення;
- здатність до посилення (кожен наступний акт є більш загрозливим для жертви);
- є ефективним, швидким та найменш витратним засобом досягнення результату;
- відповідальність завжди є на стороні кривдника, незалежно від того, які дії чинить той, хто зазнає кривдження (жертва);
- існування тісних емоційних зв'язків між кривдником та жертвою, що перешкоджає зверненню за сторонньою допомогою.

Будь-які члени родини можуть стати об'єктом-жертвою насильства в сім'ї. Можна констатувати п'ять типів сімейної жорстокості:

- чоловіка по відношенню до дружини, чи навпаки (так зване подружнє насилля);
- з боку батьків по відношенню до дітей;
- дітей і онуків по відношенню до престарілих родичів;
- старших дітей щодо молодших;
- одних членів сім'ї щодо інших.

Варто зауважити, що самі жертви насилля схильні приховувати свідчення та факти насильства та зловживання. Подібна поведінка може бути зумовлена наступними причинами:

- жертва може бути залежна від насильника в своїх основних життєвих потребах, що пов'язані з її виживанням;
- страх перед посиленням насильства;
- страх залишити домівку та бути перемішеним у стаціонарний заклад;
- жертва може приймати на себе відповідальність за поведінку насильника, відчувати сором чи провину за виховання дочки чи сина, які чинять насильство чи поблажливо

ставляться до випадків насильства з боку інших;

- стосунки прив'язаності можуть бути набагато сильнішими, ніж бажання вийти із ситуації та покласти край насиллю;

- страх піддати небезпеці статус сім'ї в громаді;

- уявлення про те, що приватне домінує в сім'ї і стороннім людям немає справи до того, що відбувається між родичами.

Разом з тим, 70 % всіх жертв важких насильницьких актів у сім'ї становлять жінки і діти.

Офіційна статистика стосовно домашнього насильства не відображає реальну картину, оскільки більшість жертв не звертається за допомогою до органів внутрішніх справ. За даними опитувань, насильство в українській сім'ї — досить поширене явище. Соціологічні дослідження свідчать: 68 % жінок у країні потерпають від знущань у сім'ї, в тому числі 20 % — „як правило або часто” (найчастіше — це побої з боку чоловіка), 50 % жінок зазнавали сексуальних домагань на роботі, а 8 % із них — досить часто.

За результатами кримінологічних досліджень, у 57,2 % сімейно-побутові злочини супроводжувались фізичним насильством над жертвою, у 18 % — їх учасники застосовували холодну зброю. Вартий уваги і той факт, що насильство в сім'ї не є винятковою монополією чоловіків — питома вага осіб жіночої статі, які вчинили злочини на побутовому ґрунті, — 26,3 % .

На жаль, інформація про масштаби цього соціального зла в нашій країні є не зовсім об'єктивною та достовірною. Крім того, випадки насильства стосовно жінок, дітей, людей похилого віку, їхня поширеність та типологія, залишаються, здебільшого, прихованими і не знаходять відображення у статистиці. Особливо це стосується сексуального та домашнього психологічного насильства.

### ***3.8.2. Загальні підходи і принципи соціальної роботи***

*Метою соціальної роботи з випадками насильства в сім'ї є надання допомоги членам сім'ї, які зазнали насильства в сім'ї чи були свідками цих дій, у попередженні фактів насильства над ними та подоланні наслідків насильницької поведінки шляхом наснаження та підтримки, використання інтервенційних та консультативних стратегій, організацією безпечного середовища, створення служб мережі підтримки та формування ненасильницької культури взаємовідносин у сім'ї.*

У літературі поширені різні теорії та підходи по поясненню причин насильства та жорстокості, і у конкретному випадку непросто визначити чинники насильства.

Серед теорій і пояснень чинників насильства найчастіше виділяють психологічні та соціальні. Прибічники психологічних теорій зосереджують увагу на психологічних чинниках ризику - передовсім схильності до насильства у кривдників та особливостях потерпілих. Теорії соціальної причинності розглядають зовнішні чинники, що впливають на появу насильства, а саме - культурні норми, бідність, безробіття, соціальна ізоляція, низький освітній рівень тощо.

Так, батьки можуть бути схильними до *жорстокого поводження з дітьми* через вживання алкоголю чи наркотиків, психічні розлади, агресивність, відсутність самоконтролю, низьку самооцінку. Жорстоке поводження з дітьми може бути для них способом самоствердження за рахунок більш слабких. Дослідники доводять, що наявність у батьків власного досвіду жорстокого поводження у дитинстві є важливим фактором ризику. Генераційне відтворення жорстокого поводження полягає в тому, що батьки виховують дітей так, як виховували їх самих. До особливостей дітей, що можуть провокувати жорстоке поводження, відносять недоношеність, хворобливість, небажаність дитини. Ризик жорстокого поводження існує для дітей, з фізичними чи розумовими вадами, оскільки вони є більш залежними від батьків, мають менше контролю над життям.

До соціальних факторів ризику відносять втрату підтримки одного з подружжя, нестачу часу у працюючих батьків для виховання дитини, низький рівень освіти, безробіття, житлові проблеми. На думку дослідників існує зв'язок між бідністю і жорстоким поводженням з дітьми, незадовільні фінансові умови призводять до експлуатації дітей. До соціальних факторів, що впливають на жорстоке поводження з дітьми, відносять такі соціально-демографічні характеристики сімей як відсутність одного з батьків (неповна сім'я), наявність мачухи чи вітчима.

Загалом, жорстоке ставлення до дітей - результат взаємодії багатьох чинників, до уваги слід брати як кожен дитину зокрема, так і її батьків, їхні психологічні характеристики та соціальні чинники, які впливають на сім'ю. Кожна дитина частіше страждає від декількох форм насильства. Насильство над дитиною може трапитись у будь-якій сім'ї, незалежно від національності, класової приналежності чи релігії.

*Насильство над жінкою в сім'ї* пояснюють, виходячи з трьох ключових підходів: 1) соціально-історичного; 2) системно-сімейного; 3) індивідуально-психологічного .

Згідно з першим підходом насильство розглядається як соціальна проблема, що виникла через домінуючу позицію чоловіка у суспільних відносинах і є важливим фактором дискримінації одного з її членів. При цьому практично немає механізму для викорінення цієї дискримінації. Безкарність насилля в сім'ї стає моделлю гендерної



поведінки, яка засвоюється дітьми як норма і відтворюються з покоління в покоління. Значною мірою така поведінка є наслідком традиційного виховання, при якому агресивна поведінка чоловіків розглядається як єдиний спосіб вирішення існуючих проблем. Цей підхід сформувався та поділяється представниками феміністського руху.

За системно-сімейним підходом, домашнє насильство, чи подружнє насильство також можна розглядати як систему поведінки, метою якої є досягнення влади і контролю в сімейних стосунках. Цей підхід фокусується на походженні та формах конфлікту і вивчає особливості взаємодії, динаміки спілкування, процесу вирішення конфліктів у сім'ї як системі. Разом з тим, індивідуально-психологічна перспектива розгляду проблеми насильства в сім'ї передбачає акцентування уваги на наслідках насильницьких дій.

Що стосується *насильства над людьми похилого віку*, то головним психологічним чинником є зміна ролей і залежність батьків від дорослих дітей. У той же час визначені характерні риси жертви, такі, як постійні претензії і скарги, які також можуть сприяти жорстокості.

Насильство в сім'ї має соціальні наслідки. Так, насилля над жінкою в сім'ї це й приниження людської гідності жінки, яке перешкоджає її вільному і активному розвитку в суспільстві, а також виховні проблеми, пов'язані з явищем так званої "соціальної естафети", коли діти, які стають свідками насилля в сім'ї, переносять надалі отриманий негативний досвід на своє власне життя.

Діти, які зазнають жорстокого поводження, переживають психічну травму, внаслідок якої вони розвиваються з певними особистісними, емоційними та поведінковими особливостями. У дослідників даної проблеми не існує сумніву, що пережите у дитинстві насильство пов'язане з формуванням у майбутньому певних особистісних розладів. Діти, які зазнали будь-якого виду жорстокого поводження, мають більше емоційних та поведінкових проблем, труднощів з навчанням порівняно з дітьми із сімей, де насильство відсутнє, жорстоке поводження перешкоджає здоровій соціалізації дитини. Негативні наслідки жорстокого поводження – прагнення ізолюватися від суспільства, проблеми з навчанням, нездатність контролювати свою поведінку, невпевненість, почуття тривоги, гніву, стійкі дитячі страхи, порушення контактів з дорослими, розвиток депресії та почуття неповноцінності.

Соціальна робота із людьми, які зазнають насильства у сім'ї, спираються на ідею, що кожна людина має право на життя й на безпечне середовище.

Наприклад, захист дітей від насилля ґрунтується на таких загальних принципах:

– усі країни, що ратифікували Конвенцію ООН про права дитини, зобов'язані

дотримуватися її статей;

– діти мають право бути вільними від зла, насильства та різного роду експлуатації. Вони також мають право повідомляти дорослих про будь-який випадок поганого ставлення до них, а їхні скарги повинні бути ретельно розглянуті;

– саме дорослі повинні захищати дітей. Діти не несуть відповідальності за власний захист та безпеку;

– всі члени суспільства відповідальні за захист дітей;

– професія соціального працівника має унікальне покликання захищати дітей та сприяти обізнаності громадськості про різні форми насильства над дітьми.

Таким чином, співіснують різні теорії та підходи по поясненню причин насильства та жорстокості, і у конкретному випадку непросто визначити чинники насильства. Але головним завданням соціальних працівників – допомогти клієнтам почуватися в безпеці, не відтворювати моделей насильницької поведінки.

### ***3.8.3. Методи та технології соціальної роботи***

Вплив психологічних, соціокультурних, правових та індивідуальних факторів, характер наслідків насильства в сім'ї, особливості психічного та фізичного стану людей, які зазнали насильства, специфічні потреби та індивідуальність кожного випадку зумовлюють різноманіття теоретичних підходів, стратегій та моделей роботи з такими клієнтами.

Спеціалісти наголошують на потребі **профілактики жорстокого поводження**. Міжнародні експерти визначають наступні форми запобіжних заходів проти насильства на дітьми: первинні, вторинні й третинні.

*Первинні засоби запобігання насильства над дітьми* — дії, спрямовані на інформування громадськості щодо наслідків жорстокого поводження з дітьми та зміну поведінки стосовно виховання дітей. Прикладами таких дій є інформаційні кампанії щодо підвищення громадської свідомості, які проводяться як державними, так і недержавними організаціями.

Зазвичай, первинні засоби запобігання насильства включають у себе відвідування працівниками соціальної служби та служби охорони здоров'я сім'ї; здійснення навчальних програм з усвідомленого батьківства та розвитку дитини; функціонування телефонних ліній допомоги; консультування у громадських центрах тощо.

Соціальні працівники виконують важливу роль в організації первинних профілактичних заходів щодо жорстокого поводження з дітьми, особливо у проведенні

навчання для батьків.

*Вторинними засобами запобігання насильству* є спеціалізовані послуги сім'ям, які потребують додаткової допомоги, шляхом визначення «факторів ризику» у ставленні до дитини. Соціальному працівнику в цьому випадку необхідно пам'ятати, що не всі сім'ї, з якими пов'язані «фактори ризику», матимуть випадки поганого ставлення до дитини.

При проведенні відбору сім'ї для втручання необхідно враховувати наступні фактори: батьківське сприйняття дитини, батьківську позицію щодо дитини, індикатори формування прив'язаності, якість батьківства.

*Третинні засоби запобігання насильства* — це надання послуг дітям і сім'ям, які вже зазнали насильство чи відчували прояви нехтування їх правами. Відповідне (реакційне) стеження та виявлення випадків насильства чи нехтування дітьми приводить до втручання у сім'ю з метою припинення поганого ставлення та попередження його в майбутньому. Цей вид діяльності є необхідним навіть за наявності первинних і вторинних запобіжних заходів.

Спеціалісти в області **роботи з дітьми, які зазнали фізичного чи сексуального насильства**, вважають, що загальноприйнятої формули кризового втручання не існує. Інтервенції у вигляді кризового втручання і короткострокове психологічне консультування ефективні у випадку одиничного інциденту, при тривалому насильстві необхідна і тривала робота, зокрема не лише з дитиною, алей з усією сім'єю.

Жоден спеціаліст не повинен працювати на одинці, розслідуючи справу із захисту прав дитини; і ні в якому разі рішення щодо насильства, скоєного над дитиною, не повинні прийматися самостійно. Це має робитися спільно з іншими спеціалістами на зустрічах із залученням представників інших відомств. Відомства, відповідальні за охорону здоров'я, освіту та добробут дітей, повинні співпрацювати, щоб захищати дітей свого регіону.

У своїй повсякденній роботі соціальні працівники можуть дізнатися про те, що над дитиною вчинено насильство, від: самої дитини, близького оточення дитини, наприклад її товариша, родича дитини, сусіда, іншого спеціаліста, наприклад, вчителя. Незалежно від того, є дитина клієнтом соціального працівника чи ні, він повинен вчинити дії по захисту дитини.

При отриманні інформації такого роду від дитини, необхідно:

- зважати на вік та рівень розуміння дитиною того, що сталося;
- довіряти словам дитини; слід запевнити її в тому, що вона вчинила правильно, розповівши комусь про насильство над нею;

- дати дитині знати, що ви якомога швидше почнете допомагати їй;
- пам'ятати про безпеку дитини та вимоги конфіденційності: слід забезпечити, щоб під час діяльності із захисту дитини вона не постраждала ще більше.

Щоб дитина розповіла про вчинене над нею насильство або недбале ставлення, її потрібно переконати, що дорослі їй вірять. У цілому, для дітей не притаманно вигадувати казки про насильство, оскільки вони не бажають завдати прикрощів родині. Для них більш властивим є заперечувати, що насильство мало місце, ніж визнати, що це сталося. Причина полягає у тому, що дітям соромно говорити про це, і вони відчують себе винними у тому, що з ними скоїли.

Необхідно пам'ятати про наступне:

- зустріч з дитиною слід проводити на безпечній відстані від кривдника,
- бесіди з дітьми не повинні тривати довго (не більше години),
- дозволити дитині розповісти про те, що трапилося, не перебивати,
- не просити дітей постійно повторювати розповідь про те, що сталося,
- будь-який вияв недовіри або манера говорити з дитиною “як на допиті” не дозволить дитині говорити вільно,
- краще ставити відкриті, а не прямі запитання,
- діти активніше реагують на прохання погратися або намалювати щось, аніж відповідати на запитання,
- думки про дитячі мрії та фантазії (особливо в маленьких дітей) не означають, що дітям не можна вірити. Діти можуть виявляти думки по-своєму. Слід прислуховуватись до дитячих розмов, ігор, малюнків; в них можуть виявитися наслідки травми.

Насильству над дитиною слід надати певний контекст: не варто судити про окремий випадок насильства, потрібно дослідити всі супроводжуючі обставини, становище дитини та ситуацію в сім'ї. Треба зважити, чи випадок насильства був поодиноким, чи насильство відбувається в сім'ї регулярно; чи стан занедбання тимчасовий (наприклад, викликаний стресом, який переживають батьки), чи мають місце постійні ознаки недбалого батьківства (наприклад, викликане пияцтвом батьків).

Коли відомості про обставини насильства зібрано, слід розгорнути активний обмін інформацією, який передбачає обговорення випадку насильства між соціальним працівником і його керівником, подальший збір інформації та її перевірку серед інших спеціалістів та членів родини, прийняття рішення про те, чи варто в даному конкретному випадку переходити до наступного етапу процедури дій, а саме до скликання міжвідомчих зустрічей представників ключових служб для обговорення подальших дій.

Розслідування випадків відрізняється за ступенем участі та втручання різних спеціалістів. Деякі справи передбачають залучення міліції (якщо мав місце злочин), в інших випадках – достатньо інформації, зібраної соціальними працівником, і необхідне залучення медиків та психологів для надання допомоги дитині тощо. Деякі справи вимагають тимчасового або постійного позбавлення батьківських прав рішенням суду, але таких випадків зазвичай небагато. Як правило, ситуацію можна і треба розв’язувати, не розділяючи сім’ю.

У будь-яких справах, де йдеться про насильство, метою соціального працівника повинно бути співробітництво з тим із батьків, хто не чинив насильства над дитиною, щоб в майбутньому він/вона стали на сторону дитини.

Якщо стався випадок жорстокого насильства або поганого ставлення, слід застосувати додаткові заходи для посилення безпеки і захисту дитини. Наприклад, соціальному працівникові слід відвідувати родину частіше та інколи здійснювати вибірккову перевірку сім’ї, не попереджаючи останню про це. В інших випадках батькам слід сказати, що продовження такої поведінки, наприклад, надмірного випивання, зловживання наркотиками, застосування фізичної сили та сексуального насильства до дітей є не припустимим і може призвести до втрати батьківських прав.

Діти, над якими було вчинено насильство, можуть унаслідок цього залишитись травмованими та потребуватимуть допомоги фахівців, щоб подолати стрес. Соціальний працівник зобов’язаний організувати надання дитині необхідної медичної та психологічної допомоги.

Діти краще захищені, якщо робота спеціалістів проводиться у партнерстві з тим із батьків, який не чинив насильства над дитиною.

Розглядаючи форми та **методи роботи з жінками**, які зазнали насильства, зазначимо, що у зарубіжній практиці соціальної роботи найчастіше вдаються до: профілактичної роботи; роботи з правоохоронними органами; організації притулків (шелтерів) для побитих жінок; надання консультацій.

Загалом, консультативні стратегії ґрунтуються на проведенні: первинного інтерв’ю; наданні підтримки; заохочуванні вираження; акцентуванні на сильних якостях жінки; наданні інформації; аналізі альтернатив; визначенні плану; адвокатуванні (представництві інтересів).

Щодо особливостей методу первинного інтерв’ю, то тут особлива увага звертається на стан жінок. Побиті жінки під час перших зустрічей почуваються досить тривожно. Вони переживають з приводу того, що і як слід говорити. Соціальні працівники повинні

створити довірливу та комфортну атмосферу, та переконати жінку в тому, що вона не повинна говорити щось, чого вона не хоче говорити. Постраждала жінка повинна також відчувати, що консультант є безоцінювальним та некритичним, дотримується принципу конфіденційності.

Чимало жінок при консультуванні проявляють такі емоційні реакції, як страх, злість, провину, і навіть сумніви щодо власного психічного здоров'я. Консультанту потрібно заохочувати постраждалу дозволити її емоціям вийти назовні. Лише потім вона бути в змозі долати їх. Консультант може надалі допомогти жінці подивитися об'єктивно на власну ситуацію.

Важливим аспектом консультування є фокусування на сильних сторонах постраждалої. Побиті жінки страждають від низької самооцінки. Вони потребують допомоги у визначенні її позитивних характеристик.

Обов'язковим елементом допомоги повинно бути інформування про медичні, соціальні, юридичні послуги й служби, які можуть надати жінці кращі можливості. Водночас, варто також звертати увагу на етап дослідження альтернатив розв'язання своєї проблеми, оскільки жінки можуть відчувати себе у пастці, не бачити вирішення їх ситуації.

Загалом, соціальні працівники можуть допомогти жінці: повернути владу та контроль над своїм життям, виробити адекватну самооцінку, зменшити залежність жінки від насильника та відповідальності жертви за насилля над нею, розвивати нетерпимість та неприйняття будь-якої агресії.

При роботі з жінками-жертвами насильства в сім'ї в останні роки набула поширення модель груп взаємопідтримки. Організація такого виду допомоги бере свій початок з феміністичного руху. Значна роль при такій взаємодії з жінками надається освітньо - просвітницьким методам втручання: знайомство з правами жінок, зміна гендерних стереотипів та уявлень про роль жінки в суспільстві, розвиток лідерських якостей та навичок самопредставництва. У групах взаємопідтримки значний акцент надається терапевтичним факторам: універсалізація переживань, міжособистісне навчання, розвиток навичок спілкування.

Основні соціальні фактори, які впливають на успішність адаптації жінки: відсутність фізичних наслідків травми; стабільне фінансове становище; збереження соціального статусу; наявність соціальної підтримки з боку суспільства і особливо групи близьких людей.

**Для розв'язання проблеми насильства над літніми людьми чи запобігання**

подібного ставлення у сім'ї необхідно, щоб її члени навчилися розумінню процесів старіння й організації правильного догляду за своїми старшими родичами. Особливо важлива тут координаційна роль соціальних працівників щодо діяльності органів охорони здоров'я, невідкладної допомоги, міліції, юридичних служб.

Працівники соціальних служб можуть допомогти клієнтам, що страждають від насильства та зловживань в сім'ї, у такий спосіб:

- проводити опитування з метою встановлення наявності насильства в родині,
- розробляти всебічний план допомоги, аналізувати ефективність розпочатих дій,
- допомагати в розв'язанні важливих життєвих справ потерпілих,
- надавати юридичні та психологічні поради або вказувати місця, де можна отримати таку допомогу і позички з метою досягнення економічної самостійності, надавати фінансову допомогу у вигляді постійних, тимчасових чи цільових виплат,
- надавати гуманітарну допомогу, наприклад, одягом, харчами,
- вказувати адресу, де жертва домашнього насильства може отримати допомогу, притулок, надавати номер телефону "Довіри",
- у разі необхідності або за бажанням зацікавлених осіб звертатися до міліції з пропозицією про застосування попереджувальних заходів до винуватця насильства відповідно до повноважень міліції (у деяких випадках одного тільки візиту дільничного інспектора міліції та бесіди, щодо можливих санкцій, які можуть бути застосовані до насильника, буває достатньо, щоб стримати фізичне насильство),
- організовувати і забезпечувати функціонування інформаційних пунктів, осередків допомоги, груп підтримки для жертв домашнього насильства,
- співпрацює з іншими державними і громадськими організаціями (це можуть бути, насамперед, жіночі організації чи кризові центри для жінок, кримінальна міліція у справах неповнолітніх, які мають досвід в роботі з людьми, що потерпають від домашнього насильств).

Таким чином, методи і методики соціальної роботи з людьми, які зазнали насильства, варіюються залежно від віку клієнта, його самостійності і розв'язанні власних проблем, виду насильства, яке він чи вона зазнають тощо. Розгляд проблеми насильства в сім'ї через призму психосоціальних наслідків спрямований на розкриття нових перспектив її подолання. Звернення уваги на індивідуально-психологічний підхід, який застосовується в діяльності зарубіжних та вітчизняних науковців та практиків, доводить необхідність організації більш конструктивного підходу до системи надання підтримки жертвам насильства та проведення короткочасних та довготривалих інтервенцій.

### **3.8.4. Організація надання послуг**

В Україні соціальна робота з людьми, які стали жертвами насильства, починає розвиватися лише наприкінці 1990-х років. Насамперед ця робота спрямовувалась на жінок і розвивалась передусім громадськими організаціями, такими як „Вінрок Інтернешнл” (Жіночий Консорціум ННД – США), благодійним фондом “Жіноча доля”, Грейс – Клуб” (жіночий культурно-просвітницький центр) та іншими. Щоправда, у Києві було створено й державну структуру - Київський міський центр по роботі з жінками. Однак про таке розмаїття організацій та послуг, які спостерігається в інших країнах, говорити поки що не доводиться. Також в Україні і досі бракує механізму швидкого і ефективного захисту від насильства, особливо захисту дітей, відповідних інституцій і спеціалістів. Загалом, сучасна українська система захисту прав та свобод людини працює не зовсім ефективно. У пресі постійно висвітлюються факти порушень, проте правоохоронні органи недостатньо реагують на такі порушення.

Разом з тим в останні роки в Україні ведеться певна робота по запобіганню насильству в сім'ї. 15 листопада 2001р. було прийнято Закон України „Про попередження насильства в сім'ї”. Як наслідок прийняття закону почала розширюватися мережа державних соціальних служб, інформаційно-консультативних центрів, притулків для жінок, які зазнали насильства. Втім, ця мережа не є достатньо ефективною, а положення, задекларовані в законі не втілюються в реальність, про що свідчить статистика Міністерства внутрішніх справ України. Допомога жінкам, які зазнали насильства в сім'ї, надається фрагментарно і майже виключно у великих містах. Практичні моделі надання допомоги в існуючих в Україні кризових центрах мало зважають на необхідність системного підходу з урахуванням усіх особливостей жінок, що зазнають насильства у сім'ї, та важливість проведення паралельної інформаційно-профілактичної роботи.

Наразі соціальні працівники повинні вже зараз повинні ініціювати роботу із захисту дітей від насильства. Послідовні та продумані дії спеціалістів із соціальної роботи здатні змінити практику роботи служб і установ соціальної сфери на місцях стосовно покращання захисту дитини від насильства. Необхідною умовою успіху є активна робота на міжвідомчому рівні, залучення всіх дотичних служб і установ до цього процесу.

У розвинених країнах привернення уваги як громадськості, так і науковців до проблеми насильства над жінкою, поширення та активний розвиток рухів за права жінок зумовили розробку значної кількості практичних моделей надання допомоги жінкам-жертвам насильства у сім'ї.

Однією з перших форм допомоги жінкам були притулки (“shelters”), які надавали



жінкам такі види послуг: 24-годинні „гарячі лінії”, забезпечення житлом та працевлаштування, медичне обслуговування, допомога у вирішенні юридичних та майнових проблем, консультування. Спектр послуг таких центрів розширювався з подальшим вивченням проблеми насильства в сім'ї. З моменту, коли насильство почало розглядатись ширше, ніж нанесення фізичної шкоди, однією з найважливіших послуг стало психологічне консультування. У 90-х рр. в межах консультування використовувались такі види і техніки психотерапевтичного втручання, як короткотривале цілеспрямоване кризове втручання, когнітивно-біхевіоральна терапія, групова та сімейна терапія.

Наприклад, у США функціонують державні, громадські і приватні соціальні і психолого-соціальні служби, які надають допомогу сім'ям у розв'язанні конфліктів і налагодженні стосунків між подружжям. Створено доволі жорстку систему контролю за насильством над дітьми, за якої соціальним працівникам надано право на кризове втручання (термінове вилучення дитини із родини й передачу до кризового центру або до тимчасової прийомної родини) та порушення питання щодо позбавлення батьків права на виховання дитини.

Перший у США притулок для жінок, що зазнали насильства, та їхніх дітей створено 1885 року в Чикаго. 1990 року на території США та Канади налічували понад 1 250 притулків. Головна мета сучасних американських притулків – це організація безпечного перебування, надання первинної допомоги, грошової, юридичної допомоги та медичних послуг. Жінки можуть перебувати там допоки не знайдуть роботи або нового місця проживання. Держава оплачує витрати на переїзд до будь-якого місця. При американському притулку функціонують школи та дитячі садки.

У США організації, які надають допомогу жінкам, що постраждали внаслідок насильства, отримують державне фінансування, хоча надавачами послуг, як правило, є недержавні організації.

Отож, окрім звичайних притулків у США в рамках державної програми створено Правничий центр (Legal Center), мета якого полягає у наданні юридичної допомоги. До переліку послуг таких закладів входять: юридичні консультації, зокрема по телефону, юридичний супровід у цивільних справах (наприклад, розлучення), юридичний супровід у кримінальних справах (коли жертва насильства скоїла злочин проти агресора і була заарештована), юридична допомога в разі, якщо жертва вбила свого насильника з метою самозахисту.

І, нарешті, жінкам можуть бути надані так звані послуги “перехідного житла”

(transitional housing): оплата квартири для жінок-жертв насильства і дітей, які після негативного досвіду вирішили змінити ситуацію та перейти до самостійного життя; догляд за дитиною (діти перебувають у стінах спеціального центру, або додому приходять няня від соціальної служби); юридичні консультації та супровід; навчання новим навичкам і програми для підвищення самооцінки; допомога в отриманні постійного житла та забезпечення інших потреб, таких як освіта, чи консультування .

Нині в американських установах із надання допомоги жінкам, що стали жертвами насильства, є працівники різного профілю, які мають освіту бакалавра або магістра. Зазвичай, 6 –10 професіоналів працюють на повний робочий день і ще кілька працівників - мають часткову зайнятість. Крім того, до роботи волонтерами залучають жінок, що мали власний досвід зазнавання насильства. Останнім досягненням стало залучення юридичних консультантів та надання їм дозволу до розірвання шлюбних угод та оформлення розлучень.

У США для роботи в центрах працівники використовують методи індивідуальної та групової роботи, особливо в групах самопомоги. В них жінки можуть прийняти оптимальні для них рішення, спираючись на досвід інших учасниць. Працівники служб використовують когнітивний та орієнтований на завдання підхід при вирішенні проблем. Вони покладені в основу семикрокової моделі кризового втручання, розробленої Албертом Робертсом 1990 року й надзвичайно поширеною в різних закладах. Ця модель включає в себе наступні кроки. 1) планування і представлення повної оцінки ситуації; 2) обґрунтування взаєморозуміння з працівником та обґрунтування важливості таких стосунків; 3) ідентифікація головної проблеми; 4) спрямованість на відчуття та емоції; 5) вивчення та генерування альтернативних варіантів вирішення проблем.; 6) розвиток та формулювання активних дій; 7) перевірка.

### ***3.8.5. Приклади діяльності соціальних служб***

На початку 2003 року Державним центром соціальних служб для молоді ухвалено рішення про створення в кожному регіоні України спеціалізованої служби “Кризовий центр соціально-психологічної допомоги”, затверджено Примірне положення про службу та Програму її діяльності. Прикладом такої служби є **Спеціалізована соціальна служба допомоги сім’ї, молоді та жінці “Родина” Тернопільського обласного центру соціальних служб для молоді**, яка надає як психологічну, так і соціальну допомогу потерпілим, соціально-правовий захист.

У кризовому центрі «Родина» з клієнтками, які зазнали насильства, вималювалась

певна схема роботи:

1. Перший контакт, як правило, відбувається по телефону. Завдання консультанта — вислухати, переконати в конфіденційності розмови, запросити на особисту зустріч.

2. Індивідуальні консультації, в першу чергу, повинні дозволити жінці виговоритися, створити умови для її душевного комфорту, допомогти їй знайти шляхи подолання психологічної травми. Ці жінки потребують корекції задля розірвання циклу насилля, допомоги у виході із ситуації повторних переживань та психотравмуючої ситуації.

3. При бажанні клієнтки працівник кризового центру супроводжує її до адміністративних органів.

4. Якщо жінці ніде жити, а повернення додому означає наразити себе та свою дитину на небезпеку, — то їй пропонується безкоштовне проживання та харчування, продовжується психокорекційний та реабілітаційний курс.

Також в роботі з клієнтами «Родини» застосовувались бесіди-диспути, організовувались «круглі столи» з наступної тематики: «Магія слова. Прохання та вимога», «Особливості спілкування батьків та дітей», «Психологічний захист», «Кохання — планування сім'ї», «Алкоголь — це проблема», «Про права дітей», «Соціальні проблеми жінок», «Трудові наміри та профорієнтація молоді», «Співвідношення волі та гнучкості у вашому характері».

Практикується проведення «Днів відкритих дверей», на які запрошуються керівники державних установ, громадських організацій, представники засобів масової інформації для ширшого ознайомлення громадськості з проблемами людей, які тимчасово перебувають у «Родині».

Досить успішним є досвід роботи центрів “Жінка для жінки”, створених в семи містах України (Житомир, Рівне, Чернівці, Херсон, Дніпропетровськ, Донецьк, Львів) за сприяння міжнародної організації „Вінрок Інтернешнл”. Їх діяльність спрямована на жінок віком 12-30 років та зосереджується на двох програмах – навчання фазовим навичкам та програма попередження кризових ситуацій.

Програма навчання фаховим навичкам пропонує:

- навчання безробітних та частково зайнятих жінок фазовим знанням та навичкам, необхідним для працевлаштування або започаткування нової справи
- надання інформації про можливості працевлаштування, навчання, перепідготовки та підвищення кваліфікації
- юридичні консультації з працевлаштування, прав жінок на робочому місці, підприємницької діяльності

- користування бібліотекою, призначеною для практичної допомоги тим, хто працює у малому бізнесі, хоче відкрити приватне підприємство або підвищити рівень своїх економічних та юридичних знань

#### Програма попередження кризових ситуацій

- консультативна допомога жінкам, що опинилися в кризовій ситуації
- проведення інформаційних та освітніх кампаній по попередженню насильства та торгівлі жінками, підвищенню правової культури
- телефонна інформаційна лінія підтримки (ТІЛП) для жінок у кризовому стані
- юридичні консультації з захисту прав потерпілої від насильства та торгівлі людьми
- видання та розповсюдження інформаційних брошур, буклетів, листівок
- користування бібліотекою з загальнолюдських прав, попередження насильства та торгівлі людьми, охорони здоров'я
- соціальна адаптація жінок в групах взаємодопомоги, які постраждали від насильства
- навчання на курсах самозахисту.

У Луганську створено **центр медико-соціально-психологічної допомоги дітям, які зазнали насильства в родині**. Функціонуватиме цей заклад на базі міської дитячої лікарні. Ідея нової центру належить Центру соціальних служб для молоді, а реалізується вона Благодійним фондом “Підліток” у рамках проекту, підтриманого голландською благодійною організацією, а також місцевими спонсорами. Серед ключових завдань центру – надання невідкладної медичної та психологічної допомоги, психолого-педагогічна корекція клієнтів і їх адаптація у суспільство, відновлення родинних стосунків та соціальних зв'язків дітей, підвищення їх загальноосвітнього і культурного рівня, розвиток індивідуальних здібностей і нахилів, консультування і юридичний захист прав дітей. Заклад призначений для дітей 3-16 років, направлених до центру відділом у справах сімей і молоді, медичних, навчальних закладів, а також тих, хто звернувся до нього безпосередньо.

---

## Висновки

1. Насильство в родині розглядають як будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї по відношенню до іншого члена сім'ї, якщо ці дії порушують конституційні права і свободи члена сім'ї як людини та громадянина і наносять йому моральну шкоду, шкоду його фізичному та психічному здоров'ю. Виділяють такі різновиди насильства в сім'ї як фізичне, сексуальне,

психологічне, економічне.

2. Мета соціальної роботи з випадками насильства в сім'ї є надання допомоги членам сім'ї, які зазнали насильства в сім'ї чи були свідками цих дій, у попередженні фактів насильства над ними та подоланні наслідків насильницької поведінки шляхом наснаження та підтримки, використання інтервенційних та консультативних стратегій, організацією безпечного середовища, створення служб мережі підтримки та формування ненасильницької культури взаємовідносин у сім'ї.

3. Методи і методики соціальної роботи з людьми, які зазнали насильства, варіюються залежно від віку клієнта, його самостійності і розв'язанні власних проблем, виду насильства, яке він чи вона зазнають тощо. Захист від насильства повинен передбачати наявність різнопланових послуг, зокрема у притулках та кризових центрах, а також створення ефективної адміністративно-правової системи захисту права людини на безпечне середовище.

### **Запитання для самоперевірки**

1. Які види насильства Вам відомі? У чому вони можуть виявлятися?
2. У чому, на Вашу думку, полягають соціальні наслідки насильства?
3. Які теорії та пояснення насильства Ви знаєте? Яка з них Вам видається такою, що найкраще пояснює природу насильства?
4. У чому полягає особливість консультативної роботи з жінками, які зазнали насильства?
5. Які попереджувальні заходи проти насильства над дітьми виділяють науковці?
6. Якщо до Вас як до соціального працівника звернулася людина похилого віку, котра повідомила про знуцання над нею у родині, яким чином Ви будете діяти?
7. Які соціальні служби доцільно створювати для розв'язання проблеми насильства над людьми в сім'ях?
8. Розробіть власну інформаційну кампанію щодо профілактики жорстокого поводження з дітьми.

### **Література**

1. Асанова Н.К. Жестокое обращение с детьми: основные методологические вопросы, практические и правовые аспекты. // Руководство по предупреждению насилия над детьми / Под ред. Н.К. Асановой. – М.: ВЛАДОС, 1997.- С.16-45.
2. Беннуел С., Баклай Е., Філліпс Р., Дюбон Е. Домашне насильство в Україні. – К.:

Правозахисники Міннесоти, 2000. – С.6.

3. Вадзюк О.В., Тютюнник Л.В. Соціальна допомога від “Родини” // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2003. - № 3. – С. 95-102.

4. Гончаров В.Л., Давыденко Н.А. Помощь детям, познавшим насилие // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2005. - № 1. – С. 149-151.

5. Грабська І.А. Насильство в подружніх відносинах // Практична психологія і соціальна робота. – 1998.- №9.- С.20-23.

6. Дмитренко М.І., Тропін М.В., Власов П.О. Попередження насильства в сім'ї. – Дніпропетровськ, 2001.- 50 с.

7. Закон України “Про попередження насильства в сім'ї” від 15.11.2001 р.

8. Запобігання домашнього насильства і торгівля людьми / Підручник по проведенню тренінгів. - К.:Вінрок Інтернешнл, 2001.- 320 с.

9. Зиновьева Н.О., Михайлова НФ. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. – СПб.: Речь, 2003. – 248 с.

10. Навроцький В. Поняття насильства та його врахування при кримінально-правовій кваліфікації // Роль органів внутрішніх справ у сфері запобігання та протидії насильству в суспільстві: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. — Львів, 2000. — С. 10-15.

11. Петрушенко Ю. Насильство // Офіційний веб-сайт „Вінрок Інтернешнл”. — Доступний з: <http://www.winrock.org.ua/DOS/Ua/statistics/statistics.php>.

12. Регульський В. Завдання органів внутрішніх справ у протидії насильницькій злочинності // Роль органів внутрішніх справ у сфері запобігання та протидії насильству в суспільстві: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. — Львів, 2000. — С. 3-10.

13. Руководство по предупреждению насилия над детьми / Под ред. Н.К. Асановой. – М.: ВЛАДОС, 1997.- С.16-45.

14. Савчук О.М. Підходи по подоланню наслідків насильства над жінками у сім'ях, де чоловіки зловживають алкоголем // Магістеріум: Соціальна робота і охорона здоров'я. – К.: КМ Академія, 2004. – С. 11-17.

15. Сафонова Т. Я., Цымбал Е. И. Жестокое обращение с детьми и его последствия / Жестокое обращение с детьми: сущность, причины, социально-правовая защита. – М., 1993. – <http://home.tula.net/tgpu/Bschool/Rights/rights3.htm>.

16. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е. И. Холостовой. – М.: Юрист, 2000. – 424 с.

17. Соціальна педагогіка: теорія і технології / За заг. ред. І.Д. Звереві. – К.: Науковий світ, 2006. – С. 278-280.

18. Соціальна робота як професійна діяльність. Випуск 3. Форми і методи соціальної роботи з людьми похилого віку / Упор. Семигіна Т., Кабаченко Н.– К.: Київськ. ін-т соціальн. та общинних працівників, 2002.

19. Соціальна робота. У 3 ч. – Ч. 3. Робота з конкретними групами клієнтів / За ред. Семигіної Т.В., Григи І.М. – К.: КМ Академія, 2004.

20. Соціальні служби – родині: Розвиток нових підходів в Україні / За ред. І.М. Григи, Т.В. Семигіної. – К., 2002.

21. Шинкаренко О.Д. Психологічні особливості жертв подружнього насильства. // Практична психологія. - №3.- 2000.- с.25-29.

### **3.9. Соціальна робота з безробітними людьми**

#### ***3.9.1. Безробіття як соціальне явище***

Однією з найактуальніших соціальних проблем, з якими зіткнулося людство на початку ХХІ століття, є проблема зайнятості населення. За даними Міжнародної організації праці, у світі налічується близько 1 млрд. осіб, або третину робочої сили безробітних (до 150 мільйонів) та неповністю зайнятих. Незмінне високою залишається кількість безробітних в Європейському Союзі, їх нараховують майже 16 мільйонів, що становить дев'ять-десять відсотків від загальної кількості працездатного населення. Найвищий у ЄС рівень безробіття в Іспанії. Вищі, ніж середні по ЄС, показники безробіття в Італії, Франції, Фінляндії, нижчі - в Німеччині, Бельгії, Швеції, Ірландії, Великобританії, Португалії, Данії, Австрії, Нідерландах, Люксембурзі.

Найбільш гострою ця проблема є в країнах з перехідною економікою. В Україні до початку ринкових перетворень, як і в інших країнах з плановою економікою, вважалося, що є повна зайнятість; поняття безробіття не вживали навіть як соціально-економічну категорію. Політичні, економічні та соціальні реформи повністю змінили стан ринку праці в Україні. З одного боку, для людей відкрилися нові можливості для самореалізації, з іншого - з'явилися нові проблеми, перш за все пов'язані з різким скороченням попиту на робочу силу, виникненням безробіття.

Як свідчить досвід інших країн, формування ринкового господарства обумовлює обов'язкове перевищення пропозиції робочої сили над попитом на неї за рахунок перманентного процесу підвищення ефективності виробництва. Отже, безробіття інколи вважають своєрідною „платою” за ринок, за обмеження ринкової економіки. І саме з цих позицій її і потрібно розглядати.

Загалом, теорії функціонування ринку оперують низкою категорій, важливих для адекватного розуміння становища зайнятого й незайнятого (безробітного населення), побудови системи соціальної допомоги людям, які втратили роботу, зокрема поняттями „зайнятість”, „безробіття”, різновиди безробіття (структурне, часткове, довготривале тощо), які водночас є важливими соціальними показниками, які використовують для оцінки стану економічного розвитку країни.

Під **зайнятістю** розуміють таку діяльність громадян, яка пов'язана із задоволенням особистих та суспільних потреб і яка приносить їм дохід у грошовій або іншій формі.

Згідно з чинним законодавством в Україні до зайнятого населення належать громадяни, які проживають на території держави на законних підставах, такі, як:

- працюючі за наймом на умовах повного або неповного робочого дня (тижня) на підприємствах, в установах і організаціях, незалежно від форм власності, у міжнародних та іноземних організаціях в Україні і за кордоном;
- громадяни, які самостійно забезпечують себе роботою, включаючи підприємців, осіб, зайнятих індивідуальною трудовою діяльністю, творчою діяльністю, члени кооперативів, фермери та члени їхніх сімей, що беруть участь у виробництві;
- обрані, призначені або затверджені на оплачувану посаду в органах державної влади, управління та громадських об'єднаннях;
- які проходять службу в Збройних силах України, Службі безпеки України, Прикордонних військах України, військах внутрішньої та конвойної охорони і Цивільної оборони України, органах внутрішніх справ, інших військових формуваннях, створених відповідно до законодавства України, альтернативну (невійськову) службу.

**Незайняте населення** – люди працездатного віку і віку, які не мають роботи (заняття, що приносить прибуток). Цю групу людей поділяють на власне безробітних (тих, хто з різних причин втратив роботу, але її шукає) і економічно неактивне населення.

**Безробіття** – це вимушене й тривале припинення роботи через неможливість знайти робоче місце. Деякі статистичні методика пропонують вважати безробітними тільки тих, хто справді шукає роботу, інші методика – всіх громадян, які не працюють на даний момент.

У сучасній економічній науці безробіття розглядають як природну і невід'ємну складову життєдіяльності всіх країн, що ґрунтуються на ринкових засадах і де мінімум 2-4% населення залишається без роботи.

Міжнародна організація праці вважає безробітними осіб віком 15-70 років



(zareestrovanih i nezareestrovanih u derzavniy sluzhbi zaynyatosti), yakі odnochaso vidpovidayut trьom oznakam: ne mayut roboti (pributkovogo zanyattya), shukayut robotu abo namagalysь organizuvat vlasnu spravu na tyzhden obstezhenь, gotovi vztyasя do roboti vprodovz dvox nastupnih tyzhniv. Take bezrobottya she inkoli nazyvayut *ekonomichnim bezrobottyam*. Yogo rozrakhovuyut za materialami vibirkovih obstezhenь domogospodarstv (v Ukraini iх shokvartalno provodit Derzavniy komitet statistiki).

Za Zakonom Ukraini “Pro zaynyatistь” **bezrobotni** – ce praczdatni gromadyani praczdatnogo viku (16 – 55 rokiv dla zhenok, 16-60 rokiv dla chovokiv), yakі cherez vidсутnistь roboti ne mayut zarobitku abo inshih peredbachenih zakonodavstvom dohodiv i zareestrovani u derzavnoi sluzhbi zaynyatosti yak taki, sho shukayut robotu, gotovi ta zdadni pristupiti do pidkhoyashoi roboti. Otzhe, bezrobotniy v Ukraini – ce yuridichniy status, yakiy dae pravo na otrimannya derzavnoi dopomogi. Prote dla yogo otrimannya potribno виконати низку формальних процедур.

Vazhливо vztyati do уваги, sho chimalo nezaynyatih osib ne moyut otrimati status bezrobotnogo. Tak, ukraїnsьke zakonodavstvo viznachae, sho ne moyut buti viznani bezrobotnimi gromadyani ,sеред них: osobi vikom do 16 rokiv, za vyniatkom тих, yakі працювали i були звільнені u зв'язку із змінами v організації виробництва i праці, reorganizaciєю, pereprofiluванням i likvidaciєю pidpriemstva, ustanovi i організації abo скороченням чисельності (штату); yakі vперше shukayut robotu i ne mayut profesii (spetsialnosti), v tomu chisli випускники загальноосвітніх шкіл, u razі відмови іх від проходження професійної підготовки abo від оплачуваної роботи, включаючи роботу тимчасового характеру, яка ne потребує професійної підготовки.

Kрім того ne vsi, хто vtратив robotu, zvertayutsya do derzavnoi sluzhbi zaynyatosti i ne otrimayut ofitsiyniy status bezrobotnogo.

U літературі виділяють такі різновиди безrobottya, yak:

- *vimushene* – яке виникає vnaslidok likvidaciї pidpriemstva abo robochogo misця (vivільнення працівника) чи завдяки звільненню за ініціативою адміністрації;

- *friktsiynе (dobrovільне, plинне, поточне)* - тимчасова nezaynyatistь, pov'язana z переходом z однієї roboti do іншої за особистим bажанням, zakінчення roboti по контракту, u зв'язку зі зміною місця проживання тощо.

Bezrobottya takozh moye buti:

- *sezonnim* - zумовлене сезонними коливаннями popиту na robochu silu v deyakih видах виробництва, sho mayut sezonniy charakter (budivnictvo, silьське gospodarstvo тощо);

- *циклічним* - яке виникає в умовах спаду виробництва у зв'язку з фазою економічного циклу;

- *структурним* – викликаним змінами в структурі попиту на робочу силу в зв'язку зі змінами в структурі економіки, опанування виробництва нових товарів і технологічними змінами, характеризується невідповідністю структури пропозиції робочої сили змінній структурі робочих місць.

Аналізуючи безробіття як соціальне явище варто звернути увагу на те, що незайнятість також може неявну форму, що автоматично позбавляє людину права на офіційний статус безробітного. Йдеться про такі різновиди безробіття, як:

- *приховане* – що визначається чисельністю робітників, яка стала зайвою у зв'язку зі спадом виробництва або структурними змінами у ньому, але продовжує формально вважатися зайнятою; при цьому вони не виконують будь-якого значущого обсягу роботи;

- *часткове* - вимушене тимчасове скорочення норм або встановленої законодавством тривалості робочого часу, перерва в одержанні заробітку або скорочення його розміру через тимчасове припинення виробництва без припинення трудових відносин з причин економічного, технологічного, структурного характеру;

- *молодіжне* – виникає після завершення середньої школи або професійного навчання, коли не вдалося продовжити навчання або одразу влаштуватися на роботу.

Безробіття також поділяють на *короткотривале* та *довготривале* (застійне), яке триває понад 12 місяців.

Поява значної кількості непрацюючих людей призводить до зростання соціальної нестабільності у суспільстві, посилення соціально-політичної напруги, вірогідності появи політичного екстремізму, як лівого, так і правого спрямування, політичної апатії значної частини населення, недовіри до влади, яка не може гарантувати базові права людини. В сфері економіки виключення трудових ресурсів з економічно активного життя лягає важким ярмом на бюджет. Адже зростає потреба в ресурсах для надання державної соціальної допомоги, водночас надходження від податків зменшуються, спостерігається спад купівельного попиту і підвищення конкуренції на ринку праці, що в свою чергу призводить до зниження вартості робочої сили і обмеження прав працюючих.

Безробіття має вагомі соціальні наслідки, причому частина з них має прихований характер. Так, застійне безробіття супроводжується руйнуванням у людини навичок до праці, й часто – розпадом соціально-психологічних основ особистості.

Дослідники, котрі вивчали сутність, форми і соціальні наслідки безробіття, виявили його зв'язок із делінквентними формами поведінки людини. Так, у західних країнах

зростання рівня злочинності за рахунок безробітних сягає 46%, у Росії – 39%. Проте довготривале безробіття може спричинити не тільки криміналізацію поведінки безробітного, а й зубожіння родини, порушення родинних і соціальних контактів сім'ї, виникнення залежності від алкогольної залежності, жорстокість щодо дітей, примушування їх працювати. Безробіття, особливо тривале, призводить до соціального виключення, відторгнення людини. Фахівцями доведено зв'язки між зростанням рівня безробіття і кількістю суїцидів у країні, рівнем зайнятості і зростанням загальної захворюваності та кількістю новонароджених дітей із різними аномаліями.

Таким чином, безробіття – це не лише втрата роботи, відсутність прибуткової справи. Вона має тяжкі соціальні наслідки.

### **3.9.2. Загальні підходи та принципи роботи**

Розв'язання проблем безробіття є прерогативою соціальної політики держави, зокрема політики зайнятості. Проте й соціальні працівники долучаються до допомоги тим, хто втратив роботу, особливо тим, хто немає роботи тривалий час або перебуває у невідгідному становищі на ринку праці.

Накопичений вітчизняними і зарубіжними дослідниками матеріал щодо наслідків безробіття підтверджує, що безробіття є сферою соціальної роботи, яка спрямована не лише на допомогу людині у подоланні повсякденних проблем, а й на розвиток у неї техніки подолання труднощів, навичок самоорганізації.

Призначення соціальної роботи з безробітними та їхніми сім'ями полягає у піднесенні можливостей людини повернутися на ринок праці, покращенні матеріального становища, зменшенні соціально-психологічної напруги в родині, сприянні в отриманні доступу до тих ресурсів і засобів, які передбачені державною соціальною політикою.

Для соціальних працівників, котрі надають допомогу безробітним, важливо знати, що людина, яка втратила роботу, проходить певні **стадії емоційного переживання**.

Перша стадія - *шок, емоційний вибух*. Це доволі важке переживання, особливо якщо втрата роботи була раптовою (несподіване скорочення штатів, сварка з керівництвом тощо). При цьому важливо те, що розгубленість і страх виступають як фактори ризику: людина стає вразливішою до інших небезпек – хвороб, нещасних випадків. Людина може переживати неприйняття дійсності, відчувати гнів, що вихлюпується на кого завгодно в оточенні: рідних, колишніх колег, знайомих, випадкових людей, з якими доводиться вступати в контакт, наприклад, у магазинах тощо. Почасти людина переживає цю стадію, ще не звільнившись, а тільки довідавшись про майбутнє звільнення. Сильним патогенним фактором є й постійна загроза втрати роботи.

Друга стадія – *суб'єктивне полегшення і психологічна адаптація до ситуації*. Ця стадія може тривати три-чотири місяці після втрати роботи. Уже в перші тижні, коли минає шок, багато людей відчувають полегшення і навіть радість – не треба поспішати вранці на роботу, з'явилося багато вільного часу, особливо якщо певні матеріальні збереження дають змогу протриматися якийсь час на попередньому рівні життя. Багато хто відзначає поліпшення здоров'я та настрою. Психологи визначили, що ті, хто спочатку подолав такі негативні наслідки звільнення як депресія та низький рівень самоповаги, а потім уже почав пошуку нової роботи, знаходять кращу зайнятість, більше задоволені новою роботою.

Проте не завжди безробітні з часом починають відчувати психологічний комфорт. У деяких з них стресовий стан залишається стійким і не зникає тривалий період часу. Людина сприймає своє становище не як відпочинок, а як загрозу. Часто цьому сприяють об'єктивні причини (обмеженість фінансів, необхідність турбуватися про родину тощо). Тривалий стрес – це ніщо інше як наслідок невпевненості і навіть страху перед завтрашнім днем, породжені фінансовими труднощами. В такій ситуації у людини зароджується тривога, що перше, ніж вона знайде роботу у почне заробляти на життя, вона втратить майже все. Наразі психологи встановили, що чимало розлучень відбувається через матеріальні причини, отже високим є шанс зруйнування родинних стосунків в умовах фінансових труднощів.

Третя стадія – *погіршення становища*. Воно зазвичай настає після півроку відсутності роботи. На цьому етапі спостерігається не тільки погіршення фінансового й соціального становища безробітного, й дефіцит активної поведінки, обмеження кола спілкування, зруйнування життєвих звичок, інтересів, цілей. Сил для протистояння неприємностям стає дедалі менше.

Депресія посилюється, особливо руйнівну силу мають невдачі з пошуком нової роботи. Такі постійні невдачі можуть призвести до припинення пошуків і апатії.

Четверта стадія – *безпорадність і примирення з ситуацією*. Цей стан ще називають „набутою безпорадністю” і він виникає навіть за відсутності матеріальних труднощів, наприклад, коли люди отримують допомогу по безробіттю. Такий стан виникає у людини внаслідок відсутності у неї впливу на те, що відбувається з нею в житті, коли виникає віра в те, що жодна діяльність не матиме корисних результатів, а це в свою чергу погіршує здатність засвоювати корисні моделі поведінки. Безпорадність може сформуватися й унаслідок залежності клієнтів від соціальної служби (центру зайнятості, центру соціальних служб для молоді, недержавних соціальних служб, які надають різного роду

допомогу). Набута безпорадність виражається у втраті мотивації, постійній стурбованості, пригніченості тощо. Часто людина перестає стежити за своїм зовнішнім виглядом, починає зловживати алкоголем, стає агресивним щодо членів своєї родини тощо.

Відвикнувши від напруженого трудового ритму, люди інколи вже бояться знайти роботу. Свідомо чи несвідомо вони починають шукати причини і відмовки, аби не піти на співбесіду до потенційного роботодавця, „забувають” потелефонувати за зазначеним в оголошенні номером тощо. Загальними рисами, що характеризують портрет довготривалого безробітного, є: невисокий рівень соціальної активності, песимістичність, недовіра, високий рівень тривожності.

Особливим явищем, на яке мають зважати соціальні працівники, є так звана **пастка безробіття** – ситуація, коли отримання грошової допомоги (по безробіттю, малозабезпеченості тощо) сприяє збереженню бідності, оскільки особі економічно вигідніше отримувати навіть незначну державну допомогу і не працювати, ніж мати низькооплачувану роботу із високим рівнем податків і відрахувань.

Безробітні часто мають супутні соціальні проблеми – брак житла, потрібних документів, хворіють на інфекційні та інші хвороби тощо. Наприклад, чимало людей, які виходять із місць позбавлення волі, не можуть влаштувати на роботу, оскільки відбулася їхня декваліфікація і де соціалізація. Тому проблеми людей, які не мають роботи, потрібно вирішувати **комплексно** і обов'язково із **залученням самого клієнта**, що вимагає приділення особливої уваги роботі з мотиваційною сферою.

### ***3.9.3. Методи і технології соціальної роботи***

У цілому соціальна допомога безробітними і їхнім родинам може передбачати:

- консультування щодо працевлаштування і шляхів заробітку, вселення надії на зміни;
- допомога у оформленні відсутніх документів;
- сприяння у оформленні державної допомоги, пенсій, пільг;
- посередництво у наданні гуманітарної допомоги з різних джерел, залучення релігійних організацій до допомоги сім'ї, придбання засобів для заробітку (купівля або оренда швейної машинки, обладнання для теплиці тощо), долучення людей до груп самопомоги.

Вибір засобів розв'язання ситуації втрати роботи і поліпшення становища в родині безробітного залежить не тільки від можливостей соціальної служби, яка надає допомогу, а й від адаптаційних якостей людини, що опинилися без роботи.

Адаптивна життєва активність (пасивність) — це особливості саморегуляції безробітним своєї поведінки на ринку праці відповідно до власних успадкованих і

набутих життєвих диспозицій. Актуалізованих потреб, потенційних можливостей, само сприйняття тощо. Активність клієнта може бути як конструктивною, так і деструктивною. Конструктивна вона в тому разі, якщо цілі особи збігаються з бажанням працевлаштуватись, і деструктивною — якщо ні збігаються. Для людей із адаптивною життєвою активністю характерне успішне пристосування до умов ринкової економіки. У той час, як особи із адаптивною життєвою пасивністю, є дезадаптованими. Це безробітні, активність яких, у кращому випадку, проявляється в пориві, імпульсивності, негнучкості поведінки, у яких загальмоване відчуття того, що добре, а що погано, справедливо чи несправедливо. Після низки невдач така людина «опускає руки», погоджується зі статусом безробітного, а конфлікт між «хочу» і «необхідно» вирішується на користь першого. Дуже часто така поведінка не збігається з пошуком роботи. Маючи настанову утриманця, такий безробітний вважає, що держава повинна забезпечити його роботою, а якщо ні, то надати соціальні пільги у вигляді різноманітних довідок.

Так звані активні безробітні більш схильні до зміни професії, можуть піти навчатися на курси, освоїти новий фах. Для цього їм може бути достатньо консультування й надання належної інформації. Завдяки консультуванню клієнт досягає поглибленого саморозуміння, прояснення ситуації, що дає змогу скласти стратегічний план виходу із скрутного становища. Активні безробітні також можуть потребувати мінімальної (стартової) допомоги для започаткування якоїсь справи.

Тим часом як пасивним безробітним, які зневірилися в своїх силах, важливо відновити самоповагу і впевненість. Їм у нагоді може стати участь у *тренінгу асертивності*, призначеному для підняття віри в себе, опанування навичок самопредставництва. Такі тренінги передбачають посилення впевненості клієнтів у власних силах, здібностях, формування позитивного ставлення до себе та своєї ситуації, набуття компетентності щодо вирішення проблемних питань у своєму житті, нового досвіду, знань та вмій, які дозволять посилити контроль над обставинами свого життя. Принцип наснаження втілюється через такі способи: залучення клієнтів до активної участі впродовж усього заняття, обговорення можливих шляхів вирішення проблеми; надання можливості вибору; інтерактивні методи навчання і робота в групі; інформування стосовно як загальної ситуації на ринку праці, так і самих семінарів як форми роботи відповідно до запитів та потреб учасників; заохочення обміну думками, досвідом між учасниками семінару, певний зворотний зв'язок між керівником семінару та його учасниками, наголос на взаємодопозі.

У кожному разі соціальні працівники повинні переконувати людину, що дуже

важливо знайти хоч якусь роботу, нехай неprestижну і випадкову, таку, що не подобається і не дає достатньо заробітку. Оскільки наявність бодай такої роботи є доволі сильним антистресором і знижує психологічну депресію, разом із тим важливо спонукати людину до пошуку більш адекватної роботи.

#### **3.9.4. Організація надання допомоги**

В Україні діє мережа державних закладів і установ, які уповноважені проводити працевлаштування громадян, надавати їм соціальні послуги.

Провідний державний орган у царині допомоги людям, котрі втратили роботу, - Державна служба зайнятості, діяльність якої здійснюється під керівництвом Міністерства праці та соціальної політики України, місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування.

До складу державної служби зайнятості входять також навчальні заклади професійної підготовки незайнятого населення, інформаційно-обчислювальні центри, територіальні та спеціалізовані бюро зайнятості, центри реабілітації населення, підприємства, установи і організації, підпорядковані службі зайнятості.

Державна служба зайнятості аналізує і прогнозує попит та пропозицію на робочу силу, інформує населення й державні органи управління про стан ринку праці; консулює громадян, власників підприємств, установ і організацій або уповноважені ними органи, які звертаються до служби зайнятості, про можливість одержання роботи і забезпечення робочою силою, вимоги, що ставляться до професії, та з інших питань, що є корисними для сприяння зайнятості населення; веде облік вільних робочих місць і громадян, які звертаються з питань працевлаштування; подає допомогу громадянам у підборі підходящої роботи і власникам підприємств, установ, організацій або уповноваженим ними органам у підборі необхідних працівників; організує при потребі професійну підготовку і перепідготовку громадян у системі служби зайнятості або направляє їх до інших навчальних закладів, що ведуть підготовку та перепідготовку працівників, сприяє підприємствам у розвиткові та визначенні змісту курсів навчання й перенавчання; надає послуги з працевлаштування та професійної орієнтації працівникам, які бажають змінити професію або місце роботи (у зв'язку з пошуками високооплачуваної роботи, зміною умов і режиму праці) тощо.

Послуги, пов'язані із забезпеченням зайнятості населення, надаються Державною службою зайнятості безоплатно. Ця служба фінансується з рахунків коштів загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття.

Згідно із Законом України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття” видами забезпечення у рамках цього виду страхування є: допомога по безробіттю, у тому числі одноразова її виплата для організації безробітним підприємницької діяльності; допомога по частковому безробіттю; матеріальна допомога у період професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації безробітного; матеріальна допомога по безробіттю, одноразова матеріальна допомога безробітному та непрацевдатним особам, які перебувають на його утриманні; допомога на поховання у разі смерті безробітного або особи, яка перебувала на його утриманні. Видами соціальних послуг за цим видом страхування вважають: професійну підготовку або перепідготовку, підвищення кваліфікації та профорієнтацію; пошук підходящої роботи та сприяння у працевлаштуванні, у тому числі шляхом надання роботодавцю дотації на створення додаткових робочих місць для працевлаштування безробітних та фінансування організації оплачуваних громадських робіт для безробітних; інформаційні та консультаційні послуги, пов’язані з працевлаштуванням.

Державні соціальні служби для сімей, дітей та молоді теж долчаються до соціальної роботи в сфері зайнятості. Ключовими напрями цієї роботи можна вважати:

- профорієнтаційна робота та сприяння працевлаштуванню молоді;
- сприяння вторинні зайнятості молоді;
- соціальний супровід неблагополучних сімей із дітьми, родин, які опинилися у складній життєвій ситуації, зокрема, пов’язаний із безробіттям батьків.

Ці соціальні служби використовують такі форми роботи, як:

- надання групової профконсультаційної допомоги у формі лекцій, зустрічей з працівниками різних професій, "круглих столів" з проблем профорієнтації та працевлаштування, семінарів, конференцій;

- проведення індивідуальної профконсультаційної роботи у спеціально створених консультативних пунктах, в яких проводиться тестування, анкетування, реалізація тренінгових програм для безробітної молоді;

- проведення профдіагностичної роботи, яка значно полегшується в умовах комп’ютеризації центрів ССМ, спрямованої на допомогу молодим людям при професійному визначенні;

- залучення підлітків і молоді до профінформаційних масових заходів — проведення "Днів соціального захисту молоді", "Днів відкритих дверей", "Ярмарок вакансій";

- створення та поповнення банку даних про навчальні заклади, фірми з працевлаштування, вакантні робочі місця;



- організація клубних об'єднань, які сприяють формуванню у молодих людей вміння самовизначитися у виборі професії, підвищенню готовності до конкурентоспроможності молодої людини на ринку праці, оволодіння знаннями з основ психології;

- телефонне інформування, яке надає клієнтам об'єктивну інформацію стосовно наявності вакансій на ринку праці, тактики поведінки при пошуку роботи та бесід із роботодавцями;

- надання клієнтам інформації про можливість перекваліфікації чи підвищення кваліфікації;

- виїзні консультування сільської молоді з питань працевлаштування;

- місячники з профорієнтації "Вибери собі професію", під час якого проводиться "Ярмарок професій", профорієнтаційні та економічні ігри, лекції з питань економіки та підприємництва, інформування молоді з цих питань;

- патронаж окремих категорій молоді, зокрема неповнолітніх, **які** потребують соціальної адаптації та працевлаштування;

- форми працевлаштування та профорієнтаційної роботи для молоді з особливими потребами (курси здобуття професії для інвалідів, бронювання робочих місць для неповнолітніх з числа дітей-сиріт та молоді);

- збори-семінари керівників підприємств, господарств та фірм регіонів з питань працевлаштування та проходження практики студентів у літній період.

У сприянні працевлаштуванню та вторинній зайнятості молоді центри соціальних служб співпрацюють із різними установами та організаціями, не підміняючи і не дублюючи їх роботу: центрами зайнятості, підприємствами, установами, організаціями, громадськими і приватними організаціями, з якими укладають угоди про співробітництво, започатковують спільні проекти і заходи.

Здійснюючи соціальний супровід неблагополучної сім'ї із дітьми, соціальні служби для дітей, сімей та молоді намагаються вплинути на тих батьків, хто не працює і втратив бажання займатися пошуком роботи, з тим, щоб мобілізувати адаптивну життєву активність, спонукати людей до зміни способу життя, подолання набутої безпорадності.

Соціальною роботою з безробітними також фактично займаються представники інших організацій, які здійснюють соціальний супровід сімей або окремих осіб. Наприклад, недержавні організації, які допомагають людям, що виходять із місць позбавлення волі, або жінкам, які зазнають економічного і психологічного насильства у родині.

У закордонній практиці соціальну підтримку безробітним, які перебувають на

першій стадії емоційного переживання, можуть надавати фахівців соціально-психологічних служб підприємств і організацій. Роботу на подальших стадіях провадять соціальні служби, в тому числі волонтерські кадрові агенції для вразливих груп населення, за місцем проживання.

### **3.9.5. Приклади діяльності соціальних служб**

2000 року **Державний центр зайнятості** впровадив у своїх структурах Єдину технологію обслуговування населення в центрах зайнятості (**ЄТОН**), тобто систему способів надання клієнтам державної служби зайнятості соціальних послуг на основі раціонального поділу і спеціалізації праці персоналу служби на скоординовані між собою стандартні уніфіковані процедури. В основі ЄТОН низка цільових блоків: формування функціональних секторів; посилення взаємодії із роботодавцями; активізація власних зусиль клієнтів, спрямованих на влаштування свого життя, підвищення відповідальності людини перед собою, своєю сім'єю і суспільством; диспетчеризація прийому клієнтів; раціоналізація документообігу у забезпеченні спеціалістів необхідними документами клієнтів перед початком роботи з ними, регламентації маршрутів руху персональних справ клієнтів і персональних карток; створення умов для високооплачуваної праці.

За ЄТОН у центрах зайнятості має діяти вісім функціональних секторів: 1 — диспетчерсько-консультаційний; 2 — самостійного пошуку вакансій; 3 — профінформацій-ний; 4 — реєстраційно-прийомний; 5 — активної підтримки безробітних; 6 — взаємодії з роботодавцями; 7 — навчання і психологічного розвантаження персоналу; 8 — адміністративно-господарський.

У диспетчерсько-консультаційному центрі знаходиться робоче місце диспетчера-консультанта. Він першим зустрічає клієнтів, пояснює їм цілі прибуття і направляє їх до спеціалістів. Метою сектору самостійного пошуку вакансій є надання клієнтам можливості самостійно підібрати собі найкращий варіант працевлаштування. Тут претенденти можуть отримати інформацію про вільні робочі місця, систематизовані за групами професії і території. Є також інформація для осіб, які бажають заснувати власну справу чи взяти участь у громадських, сезонних чи інших тимчасових роботах. У профінформаційному секторі є література з описом професій (спеціальностей); довідкові матеріали про навчальні заклади і перелік професій, за якими організує роботу центр зайнятості, а також "паспорти" організацій, які висвітлюють історію підприємства, його виробничу діяльність, наявність соціально-побутової сфери тощо. Кожен клієнт має можливість у цьому секторі самостійно чи за допомогою спеціаліста ознайомитися з

наданими матеріалами. У реєстраційно-приймальному секторі проводяться співбесіди при реєстрації клієнтів, а також при їх повторному відвідуванні центрів зайнятості. Співбесіди націлені на виявлення потреб, намірів, побажань клієнтів, які можуть прискорити пошук роботи, на формування у клієнтів впевненості у власних силах.

З метою активізації зусиль клієнтів, підвищення їх мотивації до поліпшення власного життя і підвищення конкурентоспроможності на ринку праці створено сектори активної підтримки безробітних.

Відповідно до посередницьких функцій служби зайнятості забезпечують роботодавців інформацією про професійно-кваліфікаційний склад зареєстрованих осіб, надають їм можливість без значних матеріальних і організаційних зусиль підібрати необхідних працівників, організують професійне навчання кадрів. Центри доводять до свідомості роботодавців ту істину, що, пропонуючи вакансії підприємства, вони його рекламують, формують у співвітчизників імідж соціально відповідальної особи хазяїна чи керівника підприємства.

Ефективним засобом активізації клієнтів служб зайнятості є розробка за допомогою центру зайнятості *спеціальних планів самостійного пошуку роботи*. Такі плани допомагають клієнтам систематизувати свої зусилля з пошуку роботи, а спеціалістам — більш цілеспрямовано сприяти громадянину. Особливо високим є ефект від складання планів у містах і районах, де значна частина інформації про вільні робочі місця не поступає в центри зайнятості. В кожному центрі створюється спеціальна комісія, яка з певною періодичністю (наприклад, через 3-6 місяців після реєстрації клієнта) на основі аналізу проведеної роботи, ретельного вивчення виконання плану самостійного пошуку роботи, причин відсутності результатів з працевлаштування оцінює правильність обраних клієнтом і спеціалістом методів пошуку роботи. Потім комісія спільно з клієнтом і спеціалістом намічає подальші дії, які, на її думку, можуть прискорити

Таким чином, Державна служба зайнятості України намагається модернізувати свої соціальні послуги, застосовувати підходи, що сприяють активізації клієнтів.

Цікавий дослід накопичили деякі українські громадські організації. Наприклад, організація творчої інтелігенції міста **«Київ — рідний дім»** спільно з виправними установами Київської області, де відбувають покарання переважно особи молодого віку, які мають першу судимість, зорганізували дозвільні заходи, комп'ютерне навчання, а також професійні курси в одній установі, де засуджені можуть набути професію електрозварника, автослюсаря, ремонтника, бо ці професії користуються попитом у суспільстві. Після того як особа звільняється, вона може потрапити в центр соціальної

адаптації, створений організацією, де їй нададуть консультативну, психологічну, правову допомога: для цього є відповідні фахівці, є соціальний працівник. Людині допомагають отримати паспорт, зареєструватися, сприяють у пошуках роботи. Якщо немає роботи, то є власне підприємство, де невелика кількість осіб може працювати, виготовляючи меблі.

У такий спосіб громадська організація намагається продемонструвати, яким чином можна розв'язувати проблему девкваліфікації та незайнятості представників груп ризику.

---

## **Висновки**

---

1. Безробіття – це вимушене й тривале припинення роботи через неможливість знайти робоче місце. Воно має вагомі соціальні наслідки як для людини, її родини, так і суспільства в цілому.

2. Призначення соціальної роботи з безробітними та їхніми сім'ями полягає у піднесенні можливостей людини повернутися на ринок праці, покращенні матеріального становища, зменшенні соціально-психологічної напруги в родині, сприянні в отриманні доступу до тих ресурсів і засобів, які передбачені державною соціальною політикою.

3. Соціальна допомога безробітними і їхнім родинам може передбачати: консультування щодо працевлаштування і шляхів заробітку, вселення надії на зміни; допомога у оформленні відсутніх документів; сприяння у оформленні державної допомоги, пенсій, пільг; посередництво у наданні гуманітарної допомоги з різних джерел, залучення релігійних організацій до допомоги сім'ї, отриманні засобів для заробітку.

## **Запитання для самоперевірки**

1. Розрийте зміст поняття „безробіття”.
2. Які різновиди безробіття Вам відомі?
3. У чому полягає правовий статус безробітного в Україні?
4. Які емоційні стани переживає людина, котра втратила роботу?
5. Як Ви розумієте адаптивну життєву активність безробітного?
6. У чому полягає суть соціальної роботи з безробітними людьми?
7. Порівняйте напрямки та форми роботи центрів зайнятості та державної соціальної служби для дітей, сімей та молоді.
8. У чому полягає суть єдиної Технології обслуговування населення в центрах зайнятості?

## Література

1. Беца О. Центри соціальної адаптації для людей, які звільняються з місць позбавлення волі, у контексті сучасної соціальної політики // Соціальна політика і соціальна робота. – 2005. - № 1.
2. Введення у соціальну роботу / Семигіна Т.В., Грига І.М. та ін. – К.: Фенікс, 2001.
3. Закон України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття” від 2 .03.2000 р
4. Закон України „Про зайнятість населення” від 1.03.1991 р.
5. Киричук О.В. Фактори соціально-психологічної адаптації (дезадаптації) безробітного на ринку праці // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2004. - № 2.
6. Психологические состояния людей, потерявших работу. – Доступно на: <http://www.psyfactor.org>.
7. Семигіна Т.В. Словник із соціальної політики. – К.: Вид. дім „Києво-Могилянська академія”, 2005.
8. Социальная работа / Под. общ. Ред. В.И. Курбатова. – Ростов н/Д: Фенікс, 1999.
9. Соціальна робота: Короткий енциклопедичний словник. – К.: УДЦССМ, 2004.
10. Тюптя Л.Т., Іванова І.Б. Соціальна робота (теорія і практика). – К.: Ун-т „Україна”, 2004.
11. Тютюнник Л. Використання принципу імпаурменту в семінарах із техніки пошуку роботи для безробітних жінок // Соціальна політика і соціальна робота. – 2002. - № 3-4.
12. Энциклопедия социальной работы. В 3-х т. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993.

**Навчальне видання**

*Лукашевич Микола Павлович*

*Семигіна Тетяна Вікторівна*

**Соціальна робота**

**(теорія і практика)**

**Навчальний посібник**

Відповідальний за випуск Ковбаско О.М.

Комп'ютерна верстка Соловйова А.М.

Підписано до друку 25.04.2007 р. Формат 60x84 1/16.

Тираж 75 прим. Вид.арк.20,4. Зам. №

Інституту підготовки кадрів державної служби зайнятості України (ІПК ДСЗУ)  
03038, Київ-38, вул. Нововокзальна, 17