Попович А.М.

РОЗДІЛ 3

МІЖДИСЦИПЛІНАРНЕ СПІВРОБІТНИЦТВО У СИСТЕМІ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Міждисциплінарний статус соціальної роботи.

Становлення і розвиток соціальної роботи в Україні співпадає із реформуванням у різних галузях, що займаються допомогою людині (охорона здоров'я, освіта, практична психологія, юриспруденція та ін.). Як професії з певним статусом і особливою внутрішньою організацією (що є результатом тривалої еволюції і боротьби за свої права), сьогодні вони вдосконалюються і вибирають правильні стратегічні напрямки. Є підстави сподіватися, що це сприятиме визнанню належного місця і певної автономії соціальної роботи як професії. Однак її становище може виявитися до певної міри неоднозначним, якщо наука і професійна підготовка не враховуватимуть необхідність чіткого розмежування сфер діяльності спеціалістів суміжних професій. Адже проблеми професійної взаємодії відмічають і на Заході, де ідея комплексних служб давно стала реальністю. Отже, сьогодні в Україні актуальною залишається типологія спеціалістів соціальної роботи. Адже «якщо спеціалісти визначаються як індивіди, які знають свою спеціальність, кожен повинен знати, ким є необхідні для них спеціалісти» [3, с.129]. Поки що у більшості наших громадян, у тому числі і фахівців суміжних професій типу «людина-людина», які необізнані з тонкощами соціальної роботи, виникають практичні труднощі із визначенням того, ким є необхідні для багатьох спеціалісти соціальної роботи. І це не дивно, адже в суспільній практиці соціальна робота існує у вигляді професійної і непрофесійної діяльності, а на побутовому рівні свідомості частіше всього сприймається у своєму непрофесійному варіанті (допомога бідним, нещасним і пригніченим, тобто людям, які потребують підтримки).

Принагідно наголосимо, що полеміка з цього приводу тривалий час продовжувалася і серед науковців та науково-педагогічних працівників. Предметом суперечок найбільш часто виступали різні погляди на розуміння специфіки соціальної роботи у порівнянні з діяльністю соціальних педагогів. У різних публікаціях і наукових колективах ці близькі, але далеко не ідентичні поняття ще й досі підміняються, вживаються як рівнозначні тощо [31, с. 265-274; 6].

Отже, професійний статус соціальної роботи в Україні тривалий час не був чітко визначеним. У руслі одного напрямку соціальна робота розглядалася як самостійна професійна діяльність, фундаментальна наука, навчальна дисципліна. Представники іншого напрямку, звужуючи її роль, підкреслювали, що теоретико-методичну основу соціальної роботи (професійної діяльності) складає соціальна педагогіка [6]. Під час таких дискусій донині висловлюються думки, що науковий апарат соціальної роботи запозичений з інших суспільних дисциплін (соціологія, психологія, право), а, отже, її самостійна теорія не може існувати. Варто відмітити, що подібні дискусії у зарубіжних країнах велися тривалий час (у Німеччині біля 20 років) і показали безперспективність подібних наукових суперечок. Аналізуючи цю проблему, ми перш за все звернемось до її причин. Потім розглянемо змістовні характеристики таких суміжних професій, як соціальна робота, соціальна педагогіка, соціальна психологія, виокремлюючи базові дефініції, мету, функції і завдання кожної. Для з'ясування специфіки соціальної роботи як виду професійної діяльності більш детально зупинимось на її особливостях у порівнянні з психологічною допомогою та визначимо функціонально-рольовий репертуар фахівця соціальної роботи у сфері психічного здоров'я.

Серед факторів, які зумовлюють недостатньо визначений професійний статус соціальної роботи, слід назвати наступні: її відносна «молодість»; екстенсивне розмивання меж соціальних наук як загальний процес; наявність суперечливих тлумачень; недостатньо міцна міждисциплінарна база; значна внутрішня неоднорідність функцій спеціалістів та інше. Претендувати на високий професійний статус соціальній роботі заважають і такі чинники, як жіночий характер професії; обслуговування нижчих верств суспільства; неоднозначні погляди на соціальну патологію, невисокий авторитет спеціалістів даного профілю із-за побутового характеру вирішуваних проблем; недостатнє усвідомлення важливості даної діяльності для благополуччя суспільства [32, 25].

Зупинимось коротко на окремих із наведених причин. Зокрема, як сфери професійної діяльності і самостійні галузі знань соціальна педагогіка і соціальна робота почали формуватися в Україні майже паралельно. Тому порівняно з усталеними професіями вони до цього часу зберігають свій пограничний статус. До того ж, якщо у першій половині XX ст. різні підрозділи соціальних наук утвердили себе і отримали визнання в якості самостійних дисциплін, то після Другої світової війни (точніше – в 70-і роки, коли соціальна робота як професія набувала особливого розвитку) на практиці розпочалося

розмивання меж цих дисциплін. Висловлюються думки, що «це розмивання стало настільки екстенсивним, що сьогодні неможливо вже більше відстоювати ні назви існуючих дисциплін, ні їх межі в якості інтелектуально обґрунтованих або навіть дуже корисних» [19, с. 472].

Ускладнює ситуацію і той факт, що на сьогодні ні соціальна робота, ні соціальна педагогіка та соціальна психологія не виробили єдиного однозначного несуперечливого загальноприйнятого тлумачення свого змісту. У результаті кожне з наявних різноманітних означень по-своєму правильне, відображає окремі аспекти згаданих феноменів, засвідчуючи тим самим їх багатогранність. Проте через деяку неповноту це не дозволяє чітко окреслити, а тим паче відокремити їх межі. Що стосується соціальної роботи, то серед численних визначень важко знайти формулювання, яке б поєднувало в собі всю багатоманітність підходів теорії і практики з цього питання. Її внутрішня неоднорідність пов'язана з тим, що спеціалісти даного профілю мають справу з різними категоріями клієнтів, виконують широке коло функцій і вирішують різноманітні завдання у залежності від загального напрямку тієї чи іншої організації, що розмиває межі діяльності соціального працівника і його колег із суміжних професій [32, с.111-112].

Підміна однієї спеціальності іншою пояснюється також наявністю спільних об'єкта впливу, підходів до клієнта, принципів організації діяльності, використання спільних методів і технологій. Можна додати і той факт, що за тривалої відсутності професійної підготовки спеціалістів соціальної роботи, теоретичними розробками займаються фахівці різних галузей наук. В результаті «вирощені» в лоні тих або інших наукових дисциплін фахівці не лише переносять свій понятійний апарат до сфери соціальної роботи, а й розглядають її в контексті власних «професійних міфів і вимог» [39, с.18]. Свій вплив справляє і знайомство із зарубіжним досвідом, адже кожна з країн має свої традиції та досвід міждисциплінарних поєднань. Зокрема, соціальна робота і соціальна педагогіка пройшли наступні шляхи розвитку:

а) соціальна педагогіка як складова соціальної роботи (англомовні країни, перш за все, Великобританія, США не мають професії «соціальний педагог”);

б) соціальна педагогіка як більш загальна дисципліна, що включає соціальну роботу в свою структуру (у багатьох землях Німеччини термін «соціальний педагог» вживається як єдина і спільна назва професії для всіх, хто закінчує спеціальні відділення соціальної

роботи, що законодавчо закріплено назвою «дипломований соціальний педагог та соціальний працівник”);

в) паралельний розвиток соціальної педагогіки і соціальної роботи як суміжних, але самостійних дисциплін [37].

Розглядаючи цю проблему, слушно зауважити, що подібні процеси відбувалися і з іншими галузями знань. Зокрема, «соціологія на стадії своєї конституціалізації як науки і навчальної дисципліни… у 60-80 рр. XX ст. мала різні найменування: від прикладної соціології (емпіричної соціології) до історичного матеріалізму або навіть суспільствознавства в цілому. Причому вельми активно використовувався і такий приклад, як кваліфікація поняття у вузькому і широкому смислі слова» [42, с. 33]. Отже, одним із кроків до професійного становлення соціальної роботи мають бути якісна визначеність її суті і окресленість меж. Зрозуміло, для пошуку предметного означення соціальної роботи її необхідно розглядати не ізольовано, а контекстуально, у зіставленні насамперед з такими видами професійної діяльності, як соціальна педагогіка і соціальна психологія.

На наш погляд, існуючих нині міждисциплінарних проблем можна уникнути за умов: звернення до базових означень, розмежування предмета, функцій, головного призначення. Хоча, зрозуміло, строго розмежувати сфери діяльності соціального працівника, соціального педагога і психолога неможливо. Часто вони пересікаються, але основні акценти у специфіці зберігаються. Беручи до уваги, що комплексний теоретичний аналіз цих питань виходить за рамки даної роботи, обмежимось найбільш загальними, принциповими судженнями. Спочатку щодо базових дефініцій. Досліджуючи проблеми історико-понятійних інтерпретацій соціальної роботи на вітчизняному просторі, М. В. Фірсов вказує, що «архетипом мовної і предметної номінації соціальних зв’язків підтримки і захисту» з XI по XIII ст. служить слово «допомога» («помощь», «помочи», «мочь»); з XVI по XVIII ст. – опіка (у якості наукового терміну постає лише у вигляді словосполучення «суспільна опіка» в результаті «узаконення» офіційного інституту підтримки, захисту і контролю «Приказів суспільної опіки» (1775); у XIX ст. за умов активного процесу визначення «суспільної опіки» і «благодійності» як предметно-понятійна дефініція існувала «допомога» [39, с.116 – 120].

Нинішня уніфікована назва «соціальна робота» у багатьох країнах Західної Європи вживається з середини 50-х років XX ст. Наприклад, у Франції з XI по XVII ст. діяльність по наданню допомоги визначалась як «charite» – «милосердя», «благодійність», з XVIII по XX ст. – як

«assistance» – «сприяння, підтримка», аналогічне за семантичним значенням слов'янському «опіка». У першій половині XX ст. відбувається зміна поняття. Діяльність по наданню захисту і підтримки визначається як «aide» – «допомога, підтримка» [38, с.40]. У США термін «благодійність», «філантропія» був замінений «соціальною роботою» у XIX ст. [20, с.403]. Пошук їх термінологічного еквівалента був тривалим. Робилися спроби визначити цю діяльність як "християнська політекономія", "соціальна благодійність", «соціальна медицина», «соціономія», «соціальна педагогіка/соціальна робота». Сучасний дослідник М. Фірсов (Росія) пропонує визначати теорію пізнання соціальної роботи поняттям "едологія", тобто наука про допомогу людині у кризових життєвих ситуаціях [40, с.269].

Поступово поняття «система соціального забезпечення» стало означати агенції і програми, а термін «соціальна робота» – їх діяльність. В Україні радянського періоду термін «соціальне забезпечення» використовувався в обох випадках. До речі, термін «соціальне забезпечення» вперше було вжито в Росії у 1918 р. (декрет РНК «Положення про соціальне забезпечення трудящих»), у 30-і роки він з'явився у соціальному законодавстві США, а після Другої світової війни – у Загальній декларації прав людини ООН (1948), Хартії соціального забезпечення, затвердженій на V конгресі Всесвітньої Федерації профспілок у 1961 р. та ряді інших документів [45, с. 67].

Розглядаючи дефініцію «соціальна робота», О. О. Козлов та Т. Б. Іванова [18] зазначають, що слово «соціальна» щодо визначення професії її американські основоположники використали для підкреслення участі соціальних сил, які формують життя людини та соціальної зумовленості проблем клієнтів. Слово «робота» стало прагненням надати цій сфері послуг організований, відповідальний характер, дисциплінувати тих, хто нею займається, спонукати їх вести свою справу професійно. Це була відповідь на такі слабкі сторони благодійної діяльності, як відсутність чіткості, організованості, обов'язковості, що не давало можливості характеризувати її як повноцінну діяльність. Наведена точка зору американських піонерів щодо назви професії підтримувалася і підтримується не всіма, однак вона міцно ввійшла до професійної лексики практично всіх країн світу.

Таким чином, протягом різних епох прослідковується динаміка понять, які ідентифікували нинішню «соціальну роботу». Вони відображали різні рівні суспільних зв'язків і відносин суспільства до незахищених верств населення. Однак чітко і ясно характеризували діяльність, суть якої полягає у наданні соціальної допомоги і підтримки.

Сьогодні сферу діяльності спеціалістів у цій галузі і відмінність від інших «допомагаючих» професій визначають функції, завдання, мета. М.Пейн, зокрема, подає основні функції (терапевтичну, соціального розвитку, відстоювання інтересів, захист, надання послуг) як «центри ідей», навколо яких формується вся соціальна робота [26, с.108-110]. Терапевтична функція заснована на медичній моделі, згідно якої володіючий знаннями, навиками і цінностями спеціаліст надає клієнту допомогу у вирішенні соціальних проблем, тобто займається «соціальним лікуванням». Виконуючи функцію соціального розвитку, спеціалісти соціальної роботи спільно з учасниками громадських рухів допомагають клієнтам, наприклад, об'єднатися в групу на основі солідарності або створити групу за місцем проживання для виявлення і вирішення спільних життєвих проблем. Відстоювання інтересів передбачає роз'яснення потреб пригнічених або вразливих клієнтів суспільству. Між цими трьома основними функціями існують ніби проміжні – захист і надання послуг. Інші теоретики виділяють організаційну, діагностичну, прогностичну, правозахисну, профілактичну, соціально-медичну, соціально-педагогічну, психологічну, соціально-побутову, комунікативну функції [1].

Основні завдання соціальної роботи можуть бути визначені через соціальну діагностику, соціальну профілактику, соціальний нагляд, соціальну корекцію, соціальну адаптацію і реабілітацію, соціальне забезпечення, соціальне страхування, соціальне обслуговування, соціальну опіку, допомогу, експертизу, проектування та ін. Вирішуючи їх, спеціалісти соціальної роботи прагнуть досягти наступної мети: збільшення рівня самостійності клієнта, його здатності керувати своїм життям; створення умов, за яких клієнти можуть максимальною мірою проявити свою здатність самостійно вирішувати проблеми; пристосування людей до мінливих умов їх життя; досягнення результатів, за яких відпадає необхідність у сторонній допомозі [12; 23]. Наведені функції, завдання і мета добре інтегровані у наступному визначенні: «Соціальна робота як професійна діяльність спрямована на гармонізацію особистісних і суспільних відносин через надання допомоги окремим індивідам, групам людей і спільнотам, які відчувають утруднення у соціальному функціонуванні, через захист, підтримку, корекцію і реабілітацію, а також шляхом зміни або реформування окремих елементів соціальної системи» [34, с.167].

Узагальнюючи погляди різних спеціалістів, О. О. Козлов формулює поняття соціальної роботи як «професійної діяльності, спрямованої на гармонізацію особистісних і суспільних відносин через

надання допомоги окремим індивідам, групам людей і спільнотам, які відчувають утруднення у соціальному функціонуванні» [17, с.30]. В дискусіях щодо специфіки соціальної роботи та її виокремлення із загальної маси фахівців соціальної сфери вдалим видається наступне твердження В. І. Полтавця : «Якщо визначити, що соціальна робота – це система теоретичних знань і заснована на них практика, яка має на меті забезпечення соціальної справедливості шляхом наснаження і підтримки найменш захищених верств суспільства та протидії факторам соціального виключення, більшість представників суміжних дисциплін погодяться, по-перше, що жодна з них не ставить перед собою таких завдань і, по-друге, що дисципліна, яка ставить перед собою такі завдання, вкрай необхідна в українському сьогоденні» [33, с.5].

Інтегруючи підходи вітчизняних і зарубіжних авторів до визначення суті змісту соціальної роботи, можна виділити три аспекти цього виду діяльності: надання допомоги окремій людині або групі осіб, які опинилися у складній життєвій ситуації, шляхом реабілітації, консультування, використання інших видів соціальних послуг; розвиток потенціалу самодопомоги клієнтів; вплив на формування і реалізацію соціально-економічної політики на всіх рівнях з метою забезпечення соціально здорового середовища проживання і життєдіяльності людини, створення системи підтримки особам, які її потребують. Останні дають клієнтам можливість навчитися самим вирішувати свої проблеми. Ідеальна ж мета соціальної роботи з людиною – звільнити її від необхідності звертатися по допомогу, навчитися керувати своїм життям. Підсумовуючи сказане, наголосимо, що основа соціальної роботи полягає у підтримці соціально вразливих людей як заради них самих, так і з метою підтримки соціальної структури суспільства [29, с. 14]. Її формування як особливої професії відбувалося під впливом уявлень про суть професіоналізму та філософії прав людини [44, с. 19].

Термін «педагогіка» у буквальному перекладі з грецької означає «ведення дитини» (pade – дитя, ago – вести). Слово «соціальний» (від лат. socialis) – суспільний, пов’язаний із життям і відносинами людей в суспільстві. Таким чином, призначенням соціальної педагогіки як галузі загальної педагогіки є розвиток, виховання і навчання, що орієнтовані на соціальні цінності, норми і правила суспільства. При всій різноманітності визначень соціальної педагогіки базовими залишаються поняття «педагогічний процес», «соціалізація підростаючого покоління», «процес педагогічного впливу» у взаємозв’язку із «конкретними соціально-культурними умовами

середовища», «впливом соціальних факторів середовища», «соціальними діями людини протягом усіх вікових періодів життя і в різних сферах її мікроструктури». Сьогодні багато дослідників соціальної педагогіки розглядають її як складову частину загальної педагогіки. Так, В. І. Луговий, досліджуючи структуру, функціонування і тенденції розвитку педагогічної освіти в Україні, вказує, що нині вчені не тільки далекого зарубіжжя, а й близького, і нашої країни дотримуються спільної думки, що «у єдиної цілісної науки педагогіки має бути однозначно окреслений предмет дослідження, який доцільно називати одним інтегрованим словом «освіта» [21, с.16; 42, с.37]. До основних функцій соціальної педагогіки відносять виховну, соціально-правову, соціально-реабілітаційну [8, с. 19]. Виховна функція передбачає включення дитини (підлітка) до навколишнього середовища, його соціалізацію та адаптацію у процесі навчання і виховання. Соціально-реабілітаційна функція – це виховна і освітня робота з дітьми з особливими потребами. Соціально-правова означає турботу про дітей, їх правовий захист.

Погляд на виховання як формування особистості в спеціальних, відносно замкнутих педагогічних системах (дитсадок, школа, профтехучилище, вуз і т. ін.) соціальна педагогіка відкидає як вузький. Вона враховує, що найбільш сильний вплив на особистість здійснює сім’я і найближче мікросередовище. До сукупності умов і впливів, в яких відбувається розвиток людини, включаються також засоби масової інформації, громадські об’єднання, культурні традиції, соціальні установки суспільства та багато іншого. Виявлення, організація і використання всього педагогічного потенціалу соціуму для стимулювання, розвитку, реалізації індивідуальних можливостей кожної особистості і складають суть соціального виховання.

Бачення соціальної робота Фірсов М. В. пояснює в площині осмислення існування людини в системі соціокультурних відносин. У педагогіці вона розглядається як така, що навчається (homo educandus), в соціальній роботі – як така, що має певні потреби («людина потребуюча»). На рівні практичних підходів педагогіка веде пошуки механізмів гармонізації суспільних відносин через виховання і навчання (виховний феномен), а соціальна робота – через допомогу, підтримку, захист (допомагаючий феномен) [39, с. 11]. Отже, розглядаючи взаємозв’язки соціальних працівників і соціальних педагогів з проблемами повсякденного життя людей, важливо не забувати, що у них різні сфери застосування професійної майстерності, хоча частково вони можуть пересікатися.

При розмежуванні діяльності спеціалістів соціальної роботи і соціальних психологів також варто враховувати основне, специфічне, характерне для кожної із цих сфер. Соціальна психологія (як дочірня галузь психології і соціології) концентрується на аспектах людської поведінки, що включає взаємовідносини між самими людьми та групами, соціальними інститутами і суспільством у цілому [5, с.285]. Вона вивчає закономірності поведінки і діяльності людей, зумовлені їх включенням у соціальні групи, а також психологічні характеристики цих груп [2, с. 7] досліджує, «про що люди думають, як вони взаємовпливають і як ставляться один до одного» [22, с. 33] тобто, виявляє, як соціальні умови впливають на поведінку людей. Змістовну сторону предмету соціальної психології складають наступні проблеми:

1) соціально-психологічні у великих групах (проблеми психології класів, націй, закономірності розповсюдження моди, чуток, проблеми масових комунікацій та ін.);

2) соціально-психологічні в малих групах (проблеми сумісності, міжособистісних відносин, сприйняття і розуміння людини людиною, становище лідера в групі та ін.), а також у спеціальних (особливих) групах: сім'ї, бригаді, військовому, навчально-виховному та інших колективах;

3) соціально-психологічні прояви особистості в колективі.

Таким чином, соціальна педагогіка і соціальна психологія розглядаються як галузі відповідних наук, що мають свій предмет діяльності, відмінний від предмету соціальної роботи (вирішення соціальних проблем, відновлення порушених взаємодій людини, сім'ї, групи, громади з соціумом). Аналогічно: в межах своєї сфери розвиваються соціальна філософія, соціальна медицина, соціальна інженерія, соціальна екологія, соціальна кібернетика, соціальна інформатика та ін. Як окремі науки і види професійної діяльності, вони включають аспекти дотичних до них галузей, однак це не може служити приводом для повного розмивання їх меж та нівелювання специфіки.

Міждисциплінарне співробітництво у ситуаціях стресу.

Конкретизувати окреслену проблему розмежування предмета діяльності соціальної роботи і психології можна на прикладі роботи з людьми, що переживають стрес або кризу. Вибір невипадковий. Масштаб і суть цієї проблеми визначаються спостереженнями вчених, які протягом кількох останніх десятиліть відмічають постійне зростання так званих «хвороб стресу». У світовій соціологічній

термінології з'явилось нове поняття – «стрес соціальний». Відомі вітчизняні психологи і соціологи також все частіше говорять про феномен соціальної напруги, яка приймає форму психічної напруги, стурбованості, фрустрації [15; 10; 14]. Працюючи з даною проблемою, практичні соціальні працівники різних країн говорять про неможливість відокремлення компоненту соціальної роботи від охорони здоров'я, психології чи виховання. Адже здоров'я людини визначається як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя. Правомірно припустити, що і служби, які працюють з людиною, повинні бути спроможними реалізувати свою допомогу як єдине ціле. І все ж логіка цього припущення визнається дуже повільно, хоча сприйняття кризи завжди відзначалося амбівалентністю. У результаті «ідеологія кризи» пропонує психологічні, політичні, економічні, соціологічні, культурологічні та інші виміри. Сьогодні вона позначена печаткою плюралізму, методологічної розкутості, відмовою від використання однієї наукової теорії на шкоду іншій. Існуючи на міждисциплінарному рівні, кризове втручання відображає професійні особливості кожного спеціаліста, специфіку конкретно вживаної методології [4].

Однак при роботі з реальними клієнтами проблеми кризи, стресу аналізуються переважно на фізіологічному, медичному і психологічному рівнях, що сприяє лікарській перевазі, а не співробітництву спеціалістів різних професій. Зокрема, Майк Сімпкін, соціальний працівник з 20-річним стажем (Великобританія) зауважує, що лікарі, до яких в першу чергу звертаються клієнти, звикли до автономного прийняття рішень, покладаючись на медичні визначення. «Вони рідко шукають підтримки за межами своєї спеціальності, хоча показники хвороби розміщені саме за межами системи охорони здоров'я» [30, с.71]. Тому соціальні працівники зазнають значних труднощів при виконанні своєї визначеної ролі. Їх погляди суттєво відрізняються від поглядів лікарів.

Зовнішній, буттєвий аспект проблем людини залишається поза сферою впливу і таких спеціалістів, як психологи. Зокрема. аналізуючи процес подолання людиною критичних ситуацій, Ф. Є. Василюк зауважує, що «безпосередня етична реакція на біду іншої людини — практична допомога їй — не може входити в арсенал професійно психологічних дій просто тому, що психолог при всьому бажанні не може покращити його матеріального чи соціального становища…» [7, с.163]. У зону компетенції психолога процес переживання кризової ситуації входить як внутрішня діяльність людини, з допомогою якої вдається (або ж ні) відновити втрачену душевну рівновагу.

Психологічна допомога покликана сприяти людині у вирішенні широкого кола проблем, породжених її внутрішніми, душевними переживаннями.

Згадані спеціалісти зазначають, що аналіз проблематики клієнтів у багатьох випадках виходить далеко за межі можливостей суто медикаментозного, психологічного чи психотерапевтичного втручання. Це можуть бути проблеми з помешканням, працевлаштуванням, матеріальними нестатками, сімейними конфліктами і т. п. Саме цей «соціальний контекст» залишається негативним фоном, на який не впливають інші спеціалісти. Це сфера соціальних працівників.

Визначаючи сутність діяльності соціальних працівників, науковці і практики наголошують, що вони традиційно виступають посередниками між індивідом, що потребує певної допомоги, і суспільством в цілому. Відповідно виділяють два головні напрямки в їх роботі: один спрямований на користувачів соціальних послуг, інший орієнтований на соціальне середовище. У кожному з них соціальному працівнику доводиться виконувати різноманітні ролі: помічника, інструктора, посередника, захисника, представника, вчителя, менеджера, дослідника тощо. Сферою впливу, зазвичай, служить саме соціальний контекст життєдіяльності людей.

Міждисциплінарність соціальної роботи надає їй своєрідної специфіки порівняно з іншими спеціальностями при вирішенні таких проблем. Адже їх освіта передбачає вивчення дисциплін, які є дотичними до проблем існування людини (педагогіка, психологія, соціологія, право, медицина, соціальна робота та ін.). Ці комплексні знання вони повинні застосувати у практичній професійній діяльності. Невипадково фундаментальною теорією, яка лежить в основі сучасної соціальної роботи і визначає її світогляд, визначена теорія систем. Вона дозволяє комплексно формулювати та ідентифікувати проблеми, а також оцінювати рівні потенційного втручання. Саме на ній базуються і найновіші біопсихосоціальний підхід та підхід з позицій передачі повноважень (імпауермент). Опираючись на нові та традиційні методи і технології своєї спеціальності, соціальні працівники предметом своєї діяльності визначають не лише особу клієнта, а й травматизуючу соціальну ситуацію в цілому. Адже важливу роль у розвитку, наприклад, кризи відіграє збереження психотравмуючої події, відсутність впливу на неї.

Тому при роботі в міждисциплінарній команді важливе значення може мати надання спеціалістом соціальної роботи особливої допомоги в оцінці ситуації клієнтів. Особистісний, соціальний і

матеріальний контексти виникнення тієї чи іншої проблеми аналізуються як єдине ціле. Це можна назвати «соціальним анамнезом». На наступних стадіях соціальний працівник виступає в ролі координатора, який володіє і використовує інформацію про дії кожного учасника команди. Дуже важливо підтримувати зв'язок між членами міждисциплінарної команди і користувачами послуг (клієнтами/пацієнтами). Це може послужити гарантом того, що їх голос буде почуто. Вони зможуть не просто пасивно отримувати інформацію про ті чи інші варіанти вирішення їх проблем, а й приймати участь у цьому процесі.

Загалом зміст діяльності соціального працівника в міждисциплінарній команді реалізується через його функції – виховну, фасилітативну, адвокативну та ін. Саме вони забезпечують йому чітке розмежування функцій з іншими спеціалістами команди.

У сфері охорони здоров'я функції соціального працівника групують на медико-орієнтовані, соціально-орієнтовані та інтегративні. У рамках медико-орієнтованих функцій передбачені: організація медичної допомоги і догляду за хворими; забезпечення матеріальної (натуральної і фінансової) допомоги сім'ї; інформування клієнтів про їх права на допомогу і порядок її надання з врахуванням специфіки проблеми; попередження рецидивів і т. п. До соціально-орієнтованих функцій входять: забезпечення соціального захисту прав громадян в питаннях охорони здоров'я; представлення в органах влади інтересів осіб, які потребують медико-соціальної допомоги; участь у створенні реабілітаційної соціально-побутової інфраструктури для потребуючих; сприяння у вирішенні соціально-побутових проблем, отриманні пенсій, допомоги та виплат; сімейне консультування; тренінги соціальних навичок. В інтегративних функціях застосовуються, зокрема, соціально-правове консультування; організація терапевтичних груп само- і взаємодопомоги реабілітаційного, психолого-педагогічного, соціально-правового характеру; забезпечення наступності при взаємодії спеціалістів суміжних професій у вирішенні проблем клієнта.

Для роботи з клієнтами використовуються специфічні засоби, так звані технології або техніки (соціальна діагностика і профілактика, консультування, ведення випадку, адаптація, реабілітація, корекція, проектування і прогнозування, експертиза, медіація (посередництво) і т. п). Таким чином, соціальна робота у міждисциплінарній команді має своє поле діяльності з чіткою структурою (зміст, мета, засоби, функції). Їх розуміння і визнання іншими спеціалістами сприятиме

врівноваженню відносин і визнанню професійного статусу спеціалістів соціальної роботи.

Отже, професіоналізація соціальної роботи, як і її інституціалізація в цілому, — тривалий і складний процес. Його головними ознаками є оформлення соціальної групи, для якої надання допомоги стає професією і втрачає характер благодійної, милосердної діяльності. Вона стає рольовою, цільовою, ієрархічною. На зміну традиціям і звичаям, що регулюють процес надання допомоги, приходять професійні норми. Професіоналізація приводить до визнання соціально значимих функцій соціальної роботи, що в свою чергу змінює її роль, статус, престиж у суспільстві.

Сучасний етап інституціалізації соціальної роботи як професії не позбавлений суперечностей у площині її розмежування з іншими суспільними науками і видами професійної діяльності. Як показує аналіз, вона займається різноманітними проблемами, починаючи з потреб особистості і завершуючи соціальною політикою. Саме цим і пояснюється її міждисциплінарний, інтегративний і комплексний характер, саме з цією метою широко використовуються досягнення багатьох суспільних наук.

Функціонально-рольовий репертуар фахівців соціальної роботи у системі психіатричної допомоги.

Сутність і традиції становлення та розвитку професіоналізму в соціальній роботі визначаються багатьма чинниками як економічного, соціального, так і психологічного, етичного, культурологічного та іншого характеру. Однак завдяки співпраці міжнародної Федерації соціальних працівників (МФСП) та Міжнародної Асоціації шкіл соціальної роботи (МАШСР) у 2002 році офіційно прийнята міжнародна дефініція соціальної роботи. Вона фіксує наступні аспекти професійної діяльності: сприяння соціальним змінам, вирішенню проблем у людських взаєминах, посиленню ролі/активізації людей та їхньому визволенню з метою поліпшення добробуту [41]. Таке бачення розкриває широкий діапазон практики соціальної роботи. Вона ж зумовлюється функціями, які виконуються згідно із законами, законодавчими актами і, звичайно, відповідно до розподілу праці у сфері соціального захисту населення.

Будучи за своєю природою універсальними, функції соціальної роботи набувають конкретики залежно від типу практики. У даному матеріалі вони розглянуті щодо сфери психічного здоров’я. Вибір зумовлений актуальністю удосконалення структури психіатричної

служби, що пердбачає перехід до біопсихосоціальної моделі і запровадження поліпрофесійного бригадного методу її роботи, широкому застосуванні психотерапії, а також створенні системи обґрунтованої диференційованої соціальної роботи як важливої складової частини допомоги людям з обмеженими психічними можливостями. Біопсихосоціальна модель психіатричної допомоги за участю поліпрофесійних бригад у складі різних спеціалістів, які представляють по меншій мірі основні аспекти – медико-психіатричний, психологічний і психотерапевтичний, а також соціальний – комплексного терапевтичного і реабілітаційного впливу, отримує все більше розповсюдження [9; 11; 13; 16]. Соціальна психіатрія повертається до фундаментальних проблем теоретичного і практичного характеру – вивчення впливу соціальних чинників на патогенез і протікання психічних розладів та громадської психіатрії, де мова йде про практичні методи з використання можливостей спільноти у наданні допомоги [28].

Фахівці з соціальної роботи в Україні хоча і залучаються в окремих випадках до вирішення проблем клієнтів, але не включені до штату психоневрологічних закладів і не мають спеціальної підготовки як для роботи у сфері охорони здоров’я загалом, так і психіатрії зокрема. Лікарі психоневрологічних лікарень і диспансерів часто виконують функції, які може виконувати соціальний працівник, озброєний знаннями основ медичних знань, психології, психотерапії, психіатрії, нормативних актів, методів і технологій соціальної роботи, професійної етики.

Посади соціальних працівників якщо і передбачені штатним розписом, то не використовуються, а функціональні обов’язки медичних сестер соціальної допомоги включають обмежений перелік необхідних послуг, враховуючи, що програми підготовки медичних сестер традиційно були спрямовані на оволодіння знаннями, які відносяться передусім до біології, основ медицини і технічної сторони сестринської справи. Соціальним і поведінковим наукам у підготовці медичних сестер приділяли недостатньо уваги [3], як і знанням щодо соціального захисту осіб з обмеженими психічними можливостями. Тому хворим та їх родинам доводиться шукати власні шляхи для подолання ізоляції лікувального середовища, профілактики госпіталізму, стимуляції звичайного життя. До речі, у США основу штату служб психіатричного здоров’я складають психіатри, середній медичний персонал (27,6%), психологи (10,7 %) і соціальні працівники 18,3 %) [16].

Демократизація сфери психіатрії, започаткування правових відносин пацієнта з медичними працівниками, зменшення соціальних обмежень після встановлення діагнозу психічного захворювання створюють в Україні умови, за яких терапія психічних розладів медпрепаратами стає лише частиною комплексу медико-соціальних заходів, серед яких належне місце відводиться також психотерапії, реабілітації та ресоціалізації хворих, роботі з мікросоціальним оточенням пацієнтів.

Беручи до уваги, що медико-соціальна робота у сфері психіатрії має свої особливості залежно від віку клієнтів, зосередимо увагу на варіантах надання допомоги людям похилого віку з проблемами психічного здоров'я. Тим більше, що на фоні соціально-демографічних проблем показник захворюваності на розлади психіки серед осіб пенсійного віку в Україні має тенденцію до деякого зростання (від 9,3 % у 2008 році до 9,9 % у 2012 році). Протягом 2012 р. у психіатричні стаціонари України було госпіталізовано 52 300 пацієнтів, старших за працездатний вік (22,3% усіх госпіталізованих) [35].

На сьогодні для цієї категорії осіб у світі існує низка організованих послуг як у спеціальних закладах, так і поза їх межами. Цікавим є приклад Японії, в якій проживає найвищий відсоток людей похилого віку, старших за 65 років, що становить близько 24% населення (з них хворих на деменцію – близько 10%) [24]. Їм пропонуються наступні види послуг: догляд вдома (візит-опіка, сестринський догляд, послуги купання, догляд-підтримка); денні послуги (опіка, денні реабілітаційні послуги); послуги короткотривалого перебування; догляд у громаді (будинки спільного проживання, мультифункціональна домашня опіка); будинки інтенсивної опіки для людей похилого віку. Головна увага приділяється проживанню хворого у звичному для нього середовищі, у громаді. З цією метою планується створення до 2025 р. мультифункціональної інтегрованої системи опіки у громаді. Вона розрахована на тих, хто бажає продовжувати жити у громаді і має змогу комбінувати перебування вдома з короткотривалою денною амбулаторною опікою (за необхідності).

У США пацієнтам цієї категорії надаються на вибір наступні соціальні послуги: проживання особи, яка опікується пацієнтом, разом із ним у закладах; служби надання допомоги вдома, будинки престарілих та будинки опіки. Окрім антипсихотичного лікування поведінкових розладів у США клінічні настанови пропонують і нефармакологічне лікування, таке як підтримуючі програми для

опікунів (тренінги навичок, просвітницькі, планування щоденної діяльності, соціальна та емоційна підтримка).

У Німеччині три чверті пацієнтів з деменцією перебувають вдома, проживають у сім'ях та доглядаються рідними. На час відсутності родичів вдома медичними та соціальними працівниками пропонуються різні послуги, які забезпечують частковий догляд (у нічний і денний час, у конкретні дні). У будинки для престарілих пацієнт переводиться за наявності страхування, яке забезпечує ризики інвалідизації та втрати здатності до самообслуговування.

У Польщі опіка пацієнтів з деменцією здійснюється установами, які підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я та Міністерству соціальної опіки. Здійснення опіки над хворими на деменцію відбувається у «родинних будинках», лікувально-доглядальних закладах, центрах сестринського догляду, будинках соціальної опіки, денних психогеріатричних стаціонарах, цілодобових психогеріатричних відділеннях, районних осередках соціальної допомоги, будинках соціальної допомоги або приватних будинках опіки. Можливим є також наймання доглядальниці, яка опікується пацієнтом у нього вдома. У здійсненні догляду за хворими допомагають також громадські об'єднання і групи підтримки.

В Україні хворі на розлади психіки та поведінки отримують психіатричну допомогу переважно у психіатричних та психоневрологічних лікарнях, психоневрологічних диспансерах, психіатричних та психотерапевтичних кабінетах, мережі будинків для людей похилого віку та інтернатів психоневрологічного типу, хоспісах, недержавних організаціях на зразок «Карітас» (проект «Домашня опіка»), які обмежені кількістю ліжко-місць та не завжди можуть задовольнити потребу у наданні необхідних послуг [35].

Аналіз структури захворюваності на психічні розлади та їх поширеності в Україні свідчить про перевагу непсихотичної групи, що потребує як обмеження використання спеціальних закладів закритого типу, так і можливої інтеграції в первинну медико-санітарну ланку, а також розвитку альтернативних форм медико-соціальної допомоги, наближеної до місця проживання людей похилого віку [24]. До того ж сім'я як і раніше залишається найбільшою інституцією тривалої опіки за літніми пацієнтами у всьому світі. При цьому варто брати до уваги високі показники психічних захворювань у центральних та східних областях України та низькі в західних, що певною мірою пов'язують із культурою та традиціями у ставленні до догляду осіб похилого віку. Результати анкетування пацієнтів спеціалізованих психіатричних закладів в динаміці (2007, 2009 рр.) свідчать про

зростання їх залежності від стаціонару в 1,5 разів при одночасному збільшенню в 3,3 рази таких, які б бажали отримувати психіатричну допомогу в умовах денного стаціонару.

Така ситуація вимагає структурної перебудови системи психіатричної допомоги людям похилого віку як за рахунок її функціональної оптимізації (загальнопсихіатричні відділення, денні стаціонари, відділення соціального обслуговування вдома для пацієнтів похилого віку з вадами психічного здоров'я, реабілітаційні центри, відділення первинного епізоду психозу, геронтопсихіатричні відділення, відділення сестринської допомоги, кризові відділення), так і якісно нових елементів, що узгоджуються із вищенаведеним світовим досвідом.

Прикладом такої роботи в Україні є діяльність Київського Центру медико-соціальної реабілітації, що є структурним підрозділом Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні N 1. Він працює на засадах залучення професіоналів, пацієнтів та їхніх родичів до розробки та впровадження в практику нових підходів у реабілітації людей з психічними розладами [43]. Реабілітаційна допомога в Центрі ґрунтується на принципах мультидисциплінарного підходу, який забезпечує комплексність медико-соціальної допомоги психічно хворим. У Центрі працюють: лікар-психіатр; клінічні психологи; психіатричні медсестри; соціальні працівники; трудотерапевти (усього 27 співробітників). У кожного пацієнта є ведучий випадку. Це співробітник, який спільно з пацієнтом складає індивідуальний план реабілітації та координує його виконання. У разі необхідності або за бажанням пацієнта ведучий випадку залучає інші служби та фахівців різного профілю.

Комплекс реабілітаційних програм Центру дає можливість людям з хронічними психічними розладами стати самостійними, більш свідомо ставитися до прийому медикаментів і ранніх симптомів загострення, а також брати участь у соціально-трудовому житті суспільства. Цьому сприяють програми навчання навичкам самостійного життя (усвідомлений прийом медикаментів, усвідомлений контроль над симптомами, навички спілкування та вирішення міжособистісних проблем); терапія зайнятістю у творчих майстернях (художня майстерня - розпис по дереву та на папері, бісероплетіння; ліплення порцелянових прикрас; швейна майстерня - шиття, в'язання, вишивка, клаптева мозаїка); комп'ютерний клас (комп'ютерні ігри та основи комп'ютерної грамотності); соціальний клуб (обговорення соціальних проблем, що виникли в результаті захворювання); клуб проведення дозвілля (шаховий і музичний

гуртки, спортклас). Консультування пацієнтів і родичів з проблем прийняття хвороби, необхідності підтримуючого лікування, особливостей захворювання, а також з проблем взаємин у сім'ї і з оточенням проводиться як індивідуально, так і з допомогою групового методу.

Така робота свідчить про поступовий перехід психіатричної допомоги від переважно медичної до біопсихосоціальної моделі і мультидисциплінарного підходу до її надання. Для цього необхідна міжсекторальна взаємодія на рівні Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки, державних і недержавних організацій і установ, включаючи асоціації осіб із психічними розладами та їх родичів. Міжсекторальність сприяє тісному взаємозв'язку медичних та соціальних структур при вирішенні проблем психічного здоров'я. На різних етапах зв'язок між медичними та соціальними структурами здійснюється через мультидисциплінарні команди, які разом вивчають психічний стан пацієнта, його можливості, потреби, разом створюють індивідуальні реабілітаційні програми та здійснюють моніторинг надання медико-соціальної допомоги за визначеними критеріями незалежно від рівня надання цієї допомоги, а також підтримують успіхи пацієнта та його родини. Різнопланова професійна підготовка членів команди допомагає забезпечити раціональне використання ресурсів шляхом прийняття рішення стосовно тактики, виду та форми надання медико-соціальної допомоги з урахуванням потреб пацієнтів в інтенсивності медичної допомоги та догляді, доцільності використання стаціонарозамінних форм, частоти та обсягу диспансерного спостереження тощо.

Координація роботи мультидисциплінарної команди може покладатися на фахівця, допомога якого першочергова на поточний момент в залежності від потреб пацієнта. За потреби надання правової допомоги та захисту прав людей з проблемами психічного здоров'я до роботи залучаються юристи.

Від соціальних працівників здійснення соціальної реабілітації вимагає виконання різноманітних функцій, починаючи з надання соціально-побутових послуг і закінчуючи зміною середовища та інституційної структури. Основоположними нормативними документами організації їх роботи є Закони України "Про психіатричну допомогу", "Про соціальні послуги".

Для початку визначимо характер їх діяльності. Він є типовим для професії взагалі і передбачає коло основних типових завдань діяльності – дослідницько-прикладні, організаційно-адміністративні, інструментальні (практичні), науково- педагогічні. Очевидно, що

розгляд цих видів діяльності повинен проводитися у відповідності до функцій та професійних ролей із врахуванням необхідних для осіб з обмеженими психічними можливостями та їх родин послуг (табл. 1.).

Таблиця 1

Професійні функції і ролі соціальних працівників у процесі надання соціальних послуг у сфері психічного здоров'я

Функції	Види послуг	Професійні ролі
Діагностична	Вивчення й аналіз ситуації щодо послуг, виявлення клієнтів і сімей, які потребують допомоги, оцінка домашніх умов, які впливають на догляд і поводження з клієнтами, вивчення проблем, потреб та інтересів клієнтів та їх родин, міри і спрямованості впливу на них мікро- мезо- і макросередовища, аналіз можливостей отримання психіатричної та соціальної допомоги різними верствами населення, переваг і обмежень деінституціалізації, ролі соціальних факторів та моделей сімейного спілкування у зв'язку з психічним здоров'ям і захворюваннями, постановка соціального діагнозу.	Експерт, аналітик, дослідник
Прогностична	Прогнозування розвитку подій, процесів, вироблення необхідних моделей поведінки.	Експерт, аналітик, дослідник
Організаційна	Створення і організація діяльності позаінституційної підтримки (центри підтримки сімей і родичів, job-клуби, громадське соціальне житло, захищене житло, клуби, творчі групи, телефони довіри, лікувально-трудові майстерні), залучення до їх діяльності громадськості, організація соціальних проектів, акцій допомоги.	Соціальний менеджер, брокер соціальних послуг, посередник
Профілактична	Роз'яснювальна робота серед родичів, навчання адекватного ставлення до клієнтів, допомога клієнтам в опануванні соціальних ролей.	Вчитель, консультант, помічник

Правозахисна	Надання консультацій з питань чинного законодавства, захист і представництво прав та інтересів (майнових та ін.), сприяння в оформленні правових документів.	Адвокат, представник, консультант, помічник
Соціально-побутова	Розвиток навичок незалежного проживання (самообслуговування, ведення домашнього господарства, структурування діяльності протягом дня і т. ін.) Покращення житлових умов, забезпечення продуктами, харчуванням, засобами гігієни, транспортними послугами, здійснення соціально-побутового патронажу, придбання та доставка медикаментів тощо.	Вчитель, консультант, помічник
Комунікативна	Налагодження співробітництва між організаторами допомоги, установами, що фінансують програми, та користувачами, надання необхідної інформації, розповсюдження просвітницьких та культурно-освітніх знань, поширення об’єктивної інформації про проблеми клієнтів, види послуг та заклади, благодійні організації, фонди, акції і т. ін., формування толерантного ставлення суспільства до клієнтів, навчання навичкам поведінки.	Соціальний менеджер, брокер соціальних послуг, посередник
Соціально-педагогічна	Виявлення та сприяння розвитку інтересів і потреб, організація індивідуального навчального, виховного та корекційного процесів, дозвілля, спортивно-оздоровчої, технічної та художньої діяльності, залучення до роботи різноманітних закладів, громадських організацій, соціальний супровід.	Дослідник, вчитель, консультант, помічник, аніматор

Психологічна	Надання консультацій з питань поліпшення взаємин з соціальним середовищем, вивчення соціально-психологічних характеристик особистості, психологічна корекція, надання методичних порад.	Дослідник, вчитель, консультант
Соціально-медична	Здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, покращення сервісу лікувальних установ, умов утримання хворих, працетерапія, сприяння у забезпеченні необхідними медикаментами, пошук інформації щодо альтернативних лікувальних заходів.	Помічник, посередник
Соціально-економічна	Надання матеріальної (натуральної та грошової) допомоги, компенсацій, пільг, адресної допомоги, пошук підходящої роботи, сприяння у працевлаштуванні.	Консультант, посередник, помічник

Узагальнюючи дані наведеної таблиці, можна виокремити три основні рівні соціальної роботи у сфері психіатрії: мікрорівень (соціотерапевтичне втручання на індивідуальному та груповому рівнях), мезорівень (робота з найближчим оточенням клієнта – сім'єю, друзями, сусідами, оточенням за місцем роботи, навчання чи проведення дозвілля), макросоціальний рівень (на рівні суспільства в цілому).

Мікрорівеь орієнтований в першу чергу на клієнтів (клієнт-центрований) і проводиться як індивідуально, так і в групових формах. Професіонали з соціальної роботи приймають участь у встановленні соціального діагнозу (психосоціальні проблеми і проблеми найближчого оточення). Як складова частина функціонального діагнозу, він може впливати на план лікування і загальний прогноз. Соціальний діагноз включає:

а) проблеми сім'ї (її розпад, захворювання або смерть членів, гіперопіка, моделі сімейного спілкування, самостигматизація, зайнятість, матеріальне становище, набута безпорадність, моделі дозвілля і т. ін.);

б) проблеми особистісно-значимого соціального оточення (втрата друзів, самотність, дискримінація, труднощі пристосування до нового оточення, зміна життєвих стереотипів і. ін.);

в) проблеми, пов'язані з освітою, професійною (трудовою)

зайнятістю, житлом, веденням домашнього господарства;

г) проблеми матеріального становища;

д) проблеми відносин з різними структурами (правоохоронними, медичними, соціального захисту та ін.);

е) потерпання від соціальних, природних чи техногенних катастроф.

Роботу на цьому рівні називають соціотерапевтичним впливом. Він спрямований на підвищення соціальної компетентності клієнтів, забезпечення належного рівня особистісного і соціального функціонування, подолання соціального дефіциту. Важлива роль відводиться тренінгу соціальних навичок в малих групах із застосуванням рольових ігор, моделювання ситуацій, виконання домашніх завдань та інших технік групової роботи. Якщо психотерапевт працює на рівні емоцій, переживань, його мета – особистісний ріст клієнта, то спеціаліст з соціальної роботи – на поведінковому рівні, на рівні подій.

Вагомість мезорівня соціальної роботи пов’язані з тим, що персональні соціальні мережі осіб з обмеженими психічними можливостями збіднюються в залежності від виду і тривалості захворювання. Цей процес зумовлений як особливостями поведінки клієнтів, так і відсутністю навичок доцільної поведінки, прагненням зберегти соціальну дистанцію в оточуючих. В результаті можливість отримати соціальну підтримку шляхом емоційної, інтелектуальної, матеріальної та економічної взаємодії стає вкрай обмеженою. Тому соціальна робота спрямована на відновлення, стимуляцію природної мережі соціальної підтримки, а також на штучне створення або розширення необхідної мережі. Однією із форм штучного середовища соціальної підтримки визнаються терапевтичні спільноти (групи самодопомоги, громадські організації, клуби, творчі групи, job-клуби (робота-клуби) за участю клієнтів і для клієнтів. Сприятливе мікро соціальне оточення може забезпечити трудова зайнятість. Скорочення або закриття в умовах сучасної економічної кризи лікувально-виробничих підприємств та спеціалізованих цехів зумовлює необхідність індивідуального працевлаштування. З необхідністю відновлення порушених або втрачених стосунків та створення нових соціальні служби стикаються і під час роботи з ув’язненими, вимушеними мігрантами, ВІЛ-інфікованими та іншими категоріями клієнтів.

Соціальна робота на макрорівні покликана сприяти підвищенню толерантності населення до осіб з обмеженими психічними можливостями, подоланню проблем стигматизації через поширення

різноманітної інформації про сферу психічного здоров'я, удосконаленню законодавства у сфері охорони психічного здоров'я та соціального захисту, привернення уваги неурядових організацій та засобів масової інформації до проблем психічного здоров'я і психосоціальної реабілітації. Цей рівень передбачає проведення систематичних досліджень, управління програмами, спрямованими на надання соціальних послуг. Ініціюється діяльність організацій, що сприяють вирішенню проблем клієнтів шляхом громадської просвіти та політичного впливу, збирання коштів, громадських ініціатив та рухів протесту; підтримки громад та сфери освіти, захисту та забезпеченням інтересів клієнтів.

Короткий аналіз показує значимість згаданих функцій у процесі соціальної реабілітації осіб з обмеженими психічними можливостями, а також їх відповідність призначенню професії "соціальний працівник", яке наводилося на початку даного матеріалу – сприяти соціальним змінам, вирішенню проблем у людських взаєминах, активізації людей з метою покращення їх життя.

Відрадно, що публікації останніх років містять інформацію щодо покращення забезпеченості хворих на психічні розлади послугами різних фахівців. За останні 10 років на 35,6% збільшилась кількість практичних психологів, на 31,2 % кількість медичних сестер соціальної допомоги. У 2011 році у психоневрологічних закладах України реєструвалось 67 зайнятих посад лікарів-психологів (у 2002 році їх було 4,5) [35] . Інформація щодо посад соціальних працівників чи соціальних робітників відсутня, хоча вказується на недосконалість соціально-реабілітаційних заходів у цій сфері, необхідність відновлення побутових і професійних навичок осіб із психічними розладами, а також їх соціальний захист. Ці аспекти потребують подальшого всебічного вивчення та обговорення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Албегова И. Ф. Введение в специальность «Социальная работа». Учебно-методическое пособие. – Ярославль: ОО «Социум», 1997. – 38 с.
2. Ануфриева Н. М., Зелинская Т. Н., Зелинский Н. Е. Социальная психология. Курс лекций. – 3-е изд., перераб и доп. – К.: МАУП, 2000. – 136 с.
3. Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. – М., 1995. – 322 с.

4. Берковитц Н. Практика социальной работы в стационарах: биопсихосоциальные аспекты //Гуманистический подход к охране здоровья: Пер. с англ. – М.: Аспект Пресс, 1998. – С. 47-64.
5. Большой толковый психологический словарь. В 2 т. Т. 2. (П-Я); Пер. с англ. – М.: Вече, 2001. – 560 с.
6. Бочарова В. Г. Профессиональная социальная работа: личностно-ориентированный подход. Монография. – М., 1999. – 184 с.
7. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Изд-во МГУ, 1984. — 198 с.
8. Василькова Ю. В., Василькова Т. А. Социальная педагогика: Курс лекций: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – 2-е изд., стереотип. – М.: Академия, 2001. – 440 с
9. Воротинцев Т. В. Громадська думка щодо психічного здоров'я та нездоров'я. – К.: Факт, 1999. – 48 с.
10. Головаха Е. И. Панина Н. В. Социальное безумие: история, теория и современная практика. – К.: Абрис, 1994. – 168 с.
11. Гурович И. Я., Сторожакова Я. А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии //Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т.4, №2. – С.5-17.
12. Гуслякова Л. Г., Холостова Е. И. Основы теории социальной работы. – М., 1997. – 187 с.
13. Дементьєва Н. Ф., Турченкова М.А. О социальных работниках в системе психиатрической помощи //Российский журнал социальной работы. – 1996. - №1. – С.72-75.
14. Злобіна О. Г., Тихонович В. О. Особистість сьогодні: адаптація до суспільної нестабільності /НАН України, Ін-т соціології. – К., 1996. – 100 с.
15. Иванова А. Е. Социальная среда и психическое здоровье населения //Социологические исследования. — 1992. — № 1. — с. 19-31.
16. Калликутт Д. Психическое здоровье и социальная работа // Энциклопедия социальной работы. В 3 т. Т. 2.: Пер. с англ. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1994. – С. 404-412.
17. Козлов А. А. Сущностно-функциональная характеристика социальной работы. Опыт структурно-антропологического анализа //Социальная работа: теория, технология, образование. – 1998. — №1. – С. 27-52.
18. Козлов А. А., Иванова Т. Б. Практикум социального работника. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. – 320 с.
19. Култыгин В. П. Тенденции мировой социологии начала третьего тысячелетия //Классическая социология. – М.: Наука, 2000. – 526 с.

20. Лейби Д. История социального обеспечения //Энциклопедия социальной работы. Пер. с англ.: В 3 Т. Т. 1. – М., 1994. – С. 398-412.
21. Луговий В. І. Педагогічна освіта в Україні: структура, функціонування, тенденції розвитку /За заг. ред. О. Г. Мороза. – К.: МАУП, 1994. – 196 с.
22. Майерс Д. Социальная психология /Пер. с англ. – СПб: Питер, 2000. – 688 с.
23. Максимов Е. Очерк земской деятельности в области общественного призрения /Антология социальной работы. В 5 т. Т. 1. История социальной помощи в России. — М.: Сварогъ-НВФ СПТ, 1994. — С. 29-43.
24. Пінчук І.Я. Медико-соціальне обґрунтування системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я / І.Я. Пінчук // Автореф. дис. на здобуття наукового ступеня доктора мед. наук: спец. 14.02.03 – соціальна медицина. – Київ – 2011. – 37 с.
25. Новіков В. Соціальна політика — пріоритетний напрямок ринкової трансформації економіки // Праця і зарплата. — 1995. — № 24 (88). — С. 9-15.
26. Пейн М. Сучасна теорія соціальної роботи. – К., 2000. – 456 с.
27. Пінчук І., Мишаківська О. Актуальні питання надання психіатричної допомоги хворим на деменцію [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://neuronews.com.ua/page/aktualni-pitannya-nadannya-psihiatrichnoyi-dopomogi-hvorim-naC2A0demenciyu
28. Рабінович М.Л. Світові пріоритети в галузі захисту психічного здоров'я: до перспективи прийняття концепції державної політики охорони психічного здоровя в Україні на 2014-2018 роки /Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадського: Серия «Юридические науки». – 2013. – Том 26 (65). – № 2-1 (Ч.1). – С. 375-383.
29. Рамон Ш. Социальная работа – новый вид профессиональной деятельности в современной России // Социальная работа: инновационные и компаративные исследования. – М.: Изд-во МГСУ «Союз», 1998. – С. 13-23.
30. Симпкин М. Холистическое здравоохранение и профессиональные ценности //Динамика ценностей в социальной работе / Под ред. Шардлоу. — Амстердам-Киев, 1996. — С. 64-83.
31. Сластенин В. А. Социальный педагог и социальный работник: личность и профессия //Теория и практика социальной работы:

отечественный и зарубежный опыт /Ассоциация социальных педагогов и социальных работников Российской Федерации; Российская академия образования. – М. – Тула, 1993. – С. 265-274.
32. 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. – С. 105-120.
33. Соціальна робота в Україні: перші кроки /Під ред. В. П. Полтавця. – К.: Видавничий дім «КМ Academia», 2000. – 236 с.
34. Социальная работа: Российский энциклопедический словарь. – М.: Изд-во МГСУ «Союз», 1997. – 358 с.
35. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні [Електронний ресурс] / [Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О. та ін.]. – Режим доступу: http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2012_Nevro_3/06-08.pdf
36. Сучасна концепція підготовки кваліфікованої медичної сестри для надання психіатричної допомоги населенню [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.medcolifes.ru/study-277-1.html
37. Филонов Г. Н. Социальная педагогика – сопряжение наук о человеке //Педагогика. – 1996. — № 6. – С. 35-40.
38. Фирсов М. В. Методологические проблемы историографии социальной работы //Российский журнал социальной работы. – 1996. — № 1. – С. 38-44.
39. Фирсов М. В. Введение в теоретические основы социальной работы (историко-понятийный аспект). – М. – Воронеж: «МОДЭК», 1997. – 192 с.
40. Фирсов М. В. Социальная работа в контексте отечественного исторического процесса //Куда идет Россия? Общее и особенное в современном развитии /Под общ. ред. Т. И. Заславской. – М., 1997. – С.264-269.
41. Хеер А. Визначення соціальної роботи 21-го століття //Практична психологія та соціальна робота. – 2005. - №9. – с.63-68.
42. Холостова Е. И. Место теории социальной работы в системе наук //Зарубежный и отечественный опыт социальной работы (учебно-методическое пособие). – М.: Социально-технологический институт, 1999. – С. 20-38.
43. Центр медико-социальной реабилитации [Електронний ресурс] /Ассоциация психиатров Украины]. – Режим доступу: http://upa-psychiatry.org.ua/rus/rehabcent-rus.html
44. Шанин Т. Социальная работа как культурный феномен современности: новая профессия и академическая дисциплина в

контексте социальной теории и политической практики наших дней //Взаимосвязь социальной работы и социальной политики / Под ред. Ш. Рамон; Пер. с англ. – М.: Аспект Пресс, 1997. – С. 18- 44.
45. Щукина Н. П. Самопомощь и взаимопомощь в системе социальной поддержки пожилых людей. – М., 1999. – 241 с.