

ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ІНСТИТУТУ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ: ПОРІВНЯННЯ ЗАХІДНОЄВРОПЕЙСЬКОЇ ТА РАДЯНСЬКОЇ МОДЕЛЕЙ

Розвиток суспільства з його тенденціями до атомізації, маргіналізації та фрагментації визначає потребу в спеціалізованій діяльності з розв'язання соціальних проблем, адаптації до існуючих умов та нормалізації життя окремого індивіда чи групи. Процес, за допомогою якого цього можна досягти, називається соціальною реабілітацією.

Поняття соціальної реабілітації неодноразово торкалися у своїх працях такі відомі дослідники, як Г.Беккер, П.Бергер, Т.Лукман, І.Гофман, Е.Дюркгейм, Т.Парсонс, П.Сорокін, П.Штомпка та ін. [1]. Відповідно в сучасній науці існує кілька теоретичних підходів до розуміння аналізованого поняття, яке розглядають у контексті соціалізації, соціальної адаптації, соціальної нормативності та соціального контролю, економічного підходу до розв'язання соціальних проблем, соціальної мобільності. Практичний аспект соціальної реабілітації на прикладі конкретних соціальних груп активно досліджується російськими та українськими фахівцями. Основна увага зосереджена на реабілітації осіб з особливими потребами. Однак на сьогодні недостатньо досліджується соціальна реабілітація як особливий соціальний інститут.

Зокрема, метою статті є аналіз тенденцій становлення та розвитку інституту соціальної реабілітації в ХХ ст. з огляду на роль та місце в ньому держави та індивіда як суб'єктів та об'єктів реабілітаційного процесу.

Інституціоналізація соціальної реабілітації охоплює такі процеси, як забезпечення відповідного нормативно-правового врегулювання, розробка науково-обґрунтованих

загальнодержавних програм реабілітації, створення та функціонування мережі спеціальних закладів та адміністративних установ державної та інших форм власності, напрацювання сукупності практик та досвіду роботи з широким колом об'єктів соціальної реабілітації, розвиток різних форм та напрямів реабілітації, усвідомлення переважною більшістю населення необхідності соціальної реабілітації.

Сьогодні соціальна реабілітація тлумачиться як процес, що має на меті відновлення важливих втрачених або порушених функцій життєдіяльності людини і суспільства, як-то суспільних зв'язків та відносин, соціально значущих особистісних характеристик, властивостей та можливостей об'єкта реабілітації [2, с. 113]. Водночас і в теорії, і на практиці існують два підходи до визначення спрямованості цього процесу — на індивіда або на соціальну проблему, відповідно об'єктом процесу соціальної реабілітації вважають або індивідів з їх конкретними проблемами, або соціальні проблеми суспільства.

Теоретична концептуалізація соціальної реабілітації у ХХ ст. здійснюється в соціології у межах підходів соціоцентризму та антропоцентризму. У першому випадку соціальні проблеми конкретних індивідів розглядаються крізь призму суспільства загалом як такі, що в ньому існують і пов'язані з процесами суспільних перетворень. На думку представниці цього напрямку Дж.Адамс, бідність і нещастя людей зумовлені соціальним середовищем, яке необхідно змінювати [3, с. 125]. Таким чином, об'єктом соціальної реабілітації стає саме суспільство та соціальні проблеми, що в ньому існують, а не конкретні люди, яких ця проблема стосується.

Антропоцентризм більшою мірою пов'язаний із суб'єктивним або особистісним обґрунтуванням виникнення проблем. Положення цієї концепції полягають у намаганні пояснити проблеми людини як такі, що криються в ній самій. Такий підхід активно розвивала М.Річмонд, ідейною основою роботи якої було визнання того, що причина бідності й соціальних проблем людини полягає в ній самій,

і працювати потрібно з самою людиною, а не над здійсненням соціальних реформ [4].

Звідси бере початок і розвиток протилежних парадигм надання допомоги та соціальної реабілітації: позитивістської та герменевтичної. У першому випадку переважає орієнтація на видимі речі, які можна проаналізувати, і соціальна реабілітація стосується суспільних змін, оптимізації соціальних стосунків; у другому – визначається ступінь травматизації кожної окремої особи, й основний акцент процесу реабілітації робиться на змінах у внутрішньому світі людини.

Зазначимо принагідно, що практика соціальної роботи на українських теренах протягом XX ст. ґрунтувалася переважно на засадах соціоцентризму та прагматизму, тобто була спрямована на реабілітацію соціальних проблем бідності, інвалідності, проституції, наркозалежності, алкозалежності і т. ін. Основними заходами такої реабілітації визначаються: 1) прийняття відповідного законодавства; 2) створення та організація діяльності центрів реабілітації дітей; 3) підготовка відповідних фахівців; 4) робота з громадськістю щодо усвідомлення необхідності соціальної реабілітації визначеної групи населення; 5) розробка відповідних програм та методів роботи.

У межах герменевтичної парадигми основний акцент реабілітації спрямований на індивіда, а не на суспільство. Відомий російський фахівець із соціальної роботи Є.Холостова наголошує, що основним у соціальній реабілітації індивіда є використання комплексу заходів, спрямованих на відновлення саме суспільних зв'язків та відносин, що могли бути втрачені або порушені внаслідок: 1) стійких розладів функцій організму (інвалідність); 2) зміни соціального статусу (люди похилого віку, біженці, безробітні та ін.); 3) девіантної поведінки особистості (неповнолітні, алкозалежні, наркозалежні, особи, які повернулися із місць позбавлення волі та ін.). Таким чином, основною метою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу особистості, забезпечення адаптації у суспільстві, досягнення матеріальної незалежності [5, с. 21]. Важливим за

такого підходу є те, що реабілітація спрямовується на кожного конкретного індивіда, а не на проблему як таку.

Незважаючи на різне розуміння ключового спрямування соціальної реабілітації, представники обох парадигм визнають необхідність комплексного підходу до розв'язання поставлених проблем. Зокрема, виділяють такі аспекти або напрями соціальної реабілітації, як медичний (питання лікування, діагностики, профілактики), фізичний (пов'язаний із використанням фізичних та механічних факторів для підвищення дієздатності), психологічний (психологічна адаптація до нових умов, лікування та запобігання психологічним змінам), професійний (профілактика зниження працездатності, відновлення працездатності, працевлаштування, перекваліфікація тощо), соціальний (взаємостосунки з сім'єю, оточенням, соціальне забезпечення тощо), економічний (економічні витрати на реабілітацію, економічна ефективність) та педагогічний або освітній (навчання, виховання, соціалізація тощо). Кожен зі згаданих аспектів набуває більшого чи меншого значення в різних соціальних умовах та залежно від основного об'єкта реабілітації.

Зазначені підходи до розуміння соціальної реабілітації сформувалися лише у ХХ ст. із виникненням самого поняття та розвитком теоретичних спроб осмислення процесу соціальної реабілітації. Проте інституціоналізація процесу соціальної реабілітації почалася значно раніше. Спеціальні реабілітаційні заклади для осіб з особливими потребами (лікарні, притулки, виправні колонії) з'явилися в країнах Європи ще наприкінці ХVІІІ ст., мета їх діяльності мала характер благодійності, допомоги нужденним. Це було пов'язано з роллю благодійника, який через допомогу ближньому розраховував на прощення своїх гріхів. У ХІХ ст. почали виникати благодійні товариства та організації, наприклад Червоний Хрест.

У ХХ ст. розвиток інституту соціальної реабілітації пов'язаний насамперед із змінами у визначенні об'єкта або напрямів реабілітації та видів державної участі у процесі реабілітації. Якщо у першій половині ХХ ст. соціальні

проблеми сприймалися як патологія, то, починаючи з другої половини ХХ ст., основний акцент соціальної реабілітації зосереджено на необхідності залучення осіб, що мають соціальні проблеми, до повноцінного життя суспільства, до економічної активності, дотримання рівних прав та можливостей. З цією метою стали розроблятися спеціальні науково обґрунтовані загальнодержавні програми реабілітації окремих категорій населення. Загальна картина еволюції процесу соціальної реабілітації у ХХ ст. відображає процес розвитку взаємозв'язку між державою та індивідом, що характеризується переходом від суб'єкт-об'єктних до суб'єкт-суб'єктних відносин.

Крім окреслених загальних тенденцій, протягом ХХ ст. спостерігався паралельний розвиток різних моделей соціальної реабілітації: радянської (соціалістичної) та західноєвропейської (капіталістичної). Головна відмінність цих моделей полягала у специфіці державного регулювання процесу соціальної реабілітації.

До Жовтневої революції процес розвитку соціальної реабілітації в Російській імперії розгортався подібно до того, як це відбувалося у країнах Західної Європи. Діяли благодійні організації, серед яких найбільш відомими були Імператорське благодійне товариство, Червоний Хрест та деякі релігійні організації. Держава хоча й не була осторонь цього процесу, але й не опікувалася його безпосереднім регулюванням. Після утворення СРСР, до складу якого входила й Україна, усі сфери суспільного життя було взято під державний контроль. Зважаючи на особливості соціально-економічного становища країни того часу, на перший план виходять потреби не окремої людини чи групи, а держави як такої. Тобто людина розглядалася насамперед як виробник матеріальних та інших благ. На всіх рівнях утверджується перевага економічних міркувань над соціальними. Характерною ознакою доби стає пропагované прагнення соціальної рівності, справедливості і т. ін. У цей час у країні розпускаються практично всі благодійні та релігійні організації, не захо-

чується приватне благодійництво. Основним офіційним суб'єктом допомоги стає держава.

Розвиток соціальної реабілітації в цей період характеризується створенням розгалуженої мережі відповідних соціальних закладів, які мають на меті вже не надання благодійної допомоги, а передусім реабілітацію економічно активного населення. У 1918 р. створюється єдиний державний орган для надання цілеспрямованої державної допомоги – Народний комісаріат соціального забезпечення. Функціонує розгалужена мережа дитячих будинків, трудових комун, виховних колоній, притулків для людей похилого віку і т. д. Характерно, що всі перелічені заклади мали державне підпорядкування. Лише у 1942 р. із ухваленням постанови Раднаркому СРСР “Про влаштування дітей, які опинилися без батьків”, окрім держави як основного суб'єкта соціальної реабілітації, такі функції частково перекладаються на сім'ю, яка виховує дитину.

Структура об'єктів соціальної реабілітації в 20-х роках охоплює дітей-сиріт, неповнолітніх девіантів, інвалідів та військовослужбовців. При цьому соціальна допомога та працевлаштування мали класовий характер, згідно з яким у послугах відмовляли окремим групам населення. Не можна було працевлаштувати або навчати інвалідів білих армій, куркулів, колишніх фабрикантів, поміщиків, жандармів і т. ін. [6]. До того ж 20-ті роки ознаменувалися виокремленням ще однієї категорії населення, що потребувала соціальної допомоги – селянства. Але тут соціальна реабілітація мала характер взаємодопомоги. Основними формами діяльності органів селянської взаємодопомоги були надання індивідуальної допомоги демобілізованим червоноармійцям, інвалідам (допомоги, позики, трудова допомога); соціальна взаємодопомога (колективний обробіток землі, підтримка шкіл та лікарень, будинків для інвалідів). Вочевидь підтримка такої форми роботи з боку держави мала досить прагматичний характер: запобігання економічно витратній потребі в соціальній реабілітації означеної групи населення.

У структурі об'єктів соціальної реабілітації цього періоду були не лише окремі суспільні групи, а й різні прояви соціальної “патології”. Тобто акцентувалося на потребі соціальної реабілітації суспільства з усіма його “патологічними” проявами. Дитяча соціальна інспекція при відділі правового захисту дітей Народного комісаріату освіти вела боротьбу з жебракуванням, безпритульністю, проституцією, правопорушеннями, експлуатацією дітей, жорстким поведінням з ними у сім'ях. Цілеспрямовану роботу щодо ліквідації соціальної патології бідності, проституції Народний комісаріат соціального забезпечення здійснював спільно з Народним комісаріатом охорони здоров'я, оскільки, зокрема, проституція спричиняла поширення хвороб, що передаються статевим шляхом.

У структурі соціальної реабілітації пріоритетним напрямом було визнано трудову реабілітацію, що практикувалася в лікувально-виховних та трудових закладах. У випадках з дітьми попереднім обов'язковим етапом соціальної реабілітації була освітня або педагогічна. Вона також мала характер виховання та перевиховання. Щодо інвалідів, то, починаючи з 1937 р., окрім професійного, важливими стали технічний (виготовлення протезів), медичний та побутовий напрями соціальної реабілітації [7]. У 1949 р. було створено Міністерство соціального забезпечення, до функцій якого додавалися дедалі нові напрями реабілітаційної роботи: організація лікарсько-трудої експертизи, працевлаштування і професійне навчання інвалідів, надання протезно-ортопедичної допомоги, матеріально-побутове обслуговування пенсіонерів, багатодітних матерів і матерів-одиначок.

Можна констатувати, що радянська модель соціальної реабілітації ґрунтувалася на визнанні виключної ролі держави як основного суб'єкта реабілітаційного процесу, що забезпечує його регулювання та фінансування. Проте збільшення кількості та розширення мережі реабілітаційних закладів, постійне зростання державних витрат на соціальну допомогу та соціальне забезпечення потребувало перегляду самих підходів до соціальної реабілітації.

Відмінним шляхом відбувалася еволюція соціальної реабілітації у Західній Європі. Якщо в радянській моделі основний акцент було зосереджено на створенні мережі реабілітаційних закладів державної форми власності, то на Заході вдосконалення форм та методів реабілітаційної роботи відбувалося за активної участі громадських організацій. Іншим був і взаємозв'язок держави та індивіда. Якщо в СРСР основним суб'єктом соціальної реабілітації виступала держава, то в країнах Західної Європи індивід брав участь у прийнятті рішень та плануванні реабілітаційних заходів.

Сплеск суспільної активності у 60-ті роки зумовив актуалізацію інтересу до проблем соціальної реабілітації у представників різних напрямів соціологічного теоретизування (постмодерн, Франкфуртська школа, драматургічна соціологія). Переглядалися підходи до соціальної реабілітації, особливо гостро критикувалися тогочасна держава та капіталізм. Вважалося, що соціальна робота і соціальна реабілітація зокрема виконує роль контролю за маргіналами. Так, М.Фуко зауважував, що останні два століття характеризувалися посиленням державного апарату, перетворенням його у провідний механізм контролю за поведінкою людей, їх “одержавлення” [8].

На протигагу всеохопним державним програмам наприкінці 50 – на початку 60-х років у теорії соціальної роботи розроблено самостійні моделі конкретної практичної роботи з групами. Модель соціальних цілей (К.Папелл, Б.Ротман, 1966) передбачала використання допомоги групи з метою стимулювання соціалізації, сприяння розвитку і навчанню окремої людини. Модель допомоги (Р.Вітнер, 1969) пропонувала використовувати групу для закріплення видозмін у поведінці індивіда. Модель взаємодії (У.Шварц, 1961) базувалася на теорії соціальних систем і статистичних даних і передбачала посередництво між особистістю і суспільством для забезпечення їх взаємодії.

Утім, нові теоретичні підходи та оновлені практики соціальної реабілітації, що розвивалися у Західній Європі у 60-х роках, почали втілюватися у СРСР набагато пізні-

ше. Наприклад, якщо поняття “нормалізація”, ґрунтоване на переконанні, що перебування в установах закритого типу небажане для людей з будь-яким типом патології, з’явилося у скандинавських країнах у 50-х роках, то в СРСР його стали використовуватися у 80-х роках. До цього часу в країні тривало посилення державного апарату та здійснення державного контролю за маргіналами, уряд сам визначав клієнтів, яким потрібна допомога. Тобто планування заходів із соціальної реабілітації відбувалося виключно за державної ініціативи, тоді як на Заході до цього процесу вже долучалися самі індивіди, яких ці заходи стосувалися.

З початком “перебудови”, що супроводжувалася процесами лібералізації, демократизації та відкритості, з другої половини 80-х років певних змін зазнає і інститут соціальної реабілітації. Широкого розголосу в суспільстві набувають соціальні проблеми, які до цього часу замовчувалися, перестають бути державною таємницею дані щодо дитячої смертності, злочинності, наркоманії та алкоголізму. Починається розширення мережі неурядових організацій, залучених до соціальної реабілітації. (Ця мережа в СРСР обмежувалася лише кількома організаціями, серед яких найбільш відомими були Товариство Червоного Хреста, Товариство об’єднання сліпих та Товариство об’єднання глухих). У 80-х роках виникають й інші громадські організації, приміром, громадська організація батьків, у яких є діти з особливими потребами, та ін.

Отже, в межах радянської моделі інституціоналізації процесу соціальної реабілітації найактивніше розвивалися освітній, трудовий, медичний, частково соціальний напрями. При цьому об’єктами соціальної реабілітації виступали суспільство як таке з його патологіями та окремі соціальні групи. Такий підхід більшою мірою виявляв соціоцентричну орієнтацію. Основним суб’єктом реабілітаційного процесу на відміну від країн Західної Європи залишалася держава. Тобто утверджувався патерналізм у наданні реабілітаційних послуг. На відміну від шляху

герменевтичного, де до уваги беруться індивідуальні особливості кожного окремого індивіда.

Розпад Радянського Союзу супроводжувався новими тенденціями в соціальній реабілітації у незалежній Україні. Насамперед нові проблеми постали із самої соціальної ситуації, в якій опинилися пострадянські держави. Унаслідок розпаду державної економіки актуалізувалися проблеми безробітних, бездомних та біженців. Це зумовило серйозні зміни в соціальній сфері та потребувало нових практик соціальної реабілітації. Водночас разом із гуманітарною допомогою із країн Західної Європи в Україні виникли нові форми та методи соціальної реабілітації. 1991 р. прийнято Закон України “Про основи соціального захисту інвалідів”, де вперше пріоритетом соціальної політики держави проголошено реабілітацію. Основною метою соціальної реабілітації, визнаною європейським співтовариством, стає вже не адаптація до суспільства “нормальних” людей, а інтеграція людей з особливими потребами у життя соціуму з наданням їм рівних прав та можливостей.

Сьогодні слід говорити про розвиток соціальної реабілітації для різних груп населення в Україні, а саме: для людей з особливими потребами; людей, що повернулися з місць позбавлення волі; наркозалежних осіб; про соціальну реабілітацію дітей та молоді тощо. Проблемним аспектом залишається визначення напрямів подальшого розвитку процесу соціальної реабілітації, співвідношення його складових тощо. Форми і методи соціальної реабілітації перебувають на етапі свого становлення, що підтверджується виданням численних нормативно-правових актів з даної проблематики (ЗУ “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю”, ЗУ “Про реабілітацію інвалідів в Україні”, Державна типова програма реабілітації інвалідів, Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, Порядок проведення соціальної реабілітації осіб, які постраждали від терористичного акту і т. ін.), а також посиленням роботи державних інституцій та недержавних організацій, створенням мережі центрів медико-соціальної реабілітації тощо.

Аналіз сучасної ситуації дає підстави стверджувати, що Україна більшою мірою тяжіє до західної моделі соціальної реабілітації із її розгалуженою мережею закладів державної та недержавної форми власності, із залученням до процесу реабілітації благодійних та релігійних організацій, включенням клієнтів соціальної реабілітації до прийняття рішень, визнанням рівних прав та можливостей об'єктів соціальної реабілітації, їх інтеграції у життя суспільства, розвитком індивідуального підходу до надання реабілітаційних послуг.

Література

1. Беккер Г.С. Человеческое поведение: экономический подход: Избранные труды по экономической теории. – М., 2003; Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности: Трактат по социологии знания. – М., 1995; Гофман И. Отклонения и девиация. (Стигма: заметки об управлении испорченной идентичностью // Социологический форум. – 2000. – №3–4. <http://www.sociology.ru/>; Дюркгейм Э. Норма и патология // Социология преступности. Современные буржуазные теории: Сб. ст. – М., 1966; Парсонс Т. Понятие общества: компоненты и их взаимоотношения // Американская социологическая мысль. – М., 1996; Парсонс Т. Система координат действия и общая теория систем действия: культура, личность и место социальных систем // Американская социологическая мысль. – М., 1996; Сорокин П. Человек. Цивилизация. Общество. – М., 1992; Штомпка П. Социология. Анализ современного общества. – М., 2005.
2. Див. докл: Гусак Н. Соціальна реабілітація: підходи до визначення поняття // Соціальна політика і соціальна робота. – 2008. – № 1.
3. Addams J. Twenty Years at Hull-House: With Autobiographical Notes. – N.Y., 1910. – P. 125.
4. Richmond M. What is Social Case Work? An Introductory Description. – N. Y., 1922.
5. Холостова Е.И. Социальная реабилитация. – М., 2004.
6. Попович Г.М. Соціальна робота в Україні і за кордоном. – Ужгород, 2000.
7. Соціальна робота в Україні / За ред. І. Д. Зверєвої, Г.М. Лактіонової. – К., 2004.
8. Фуко М. Надзирать и наказывать. – М., 1999.