

ЗАХІДНА І СХІДНА ЄВРОПА: СОЦІАЛЬНА РОБОТА І СОЦІАЛЬНА ПОЛІТИКА

Шуламїт Рамон

професор кафедри міждисциплінарних
соціальних досліджень у галузі охорони
здоров'я, Політехнічний університет
"Англія", Кембрідж, Великобританія

- Тенденції змін у соціальній політиці та соціальній роботі Західної Європи.
- Динаміка соціальної сфери у Східній Європі.
- Основні відмінності між соціальною політикою та соціальною роботою.
- Інституалізація та деінституалізація в Західній Європі: історична перспектива.
- Групи, що чинять опір політиці деінституалізації.
- Розмаїття в обслуговуванні та становищі клієнтів у Східній Європі.
- Внесок різних дисциплін у ставлення та підходи до деінституалізації.

Соціальна робота і соціальна політика є тими галузями чи сферами діяльності, які постійно відчувають заздрість з боку нефакхівців.

Створилося враження, ніби тут не потрібна особлива компетентність. Часто вважають, що представники інших "допоміжних" професій, а також неформальні помічники та учасники всьляких благодійних акцій нібито займаються тим самим, що й соціальні працівники. Професійні політики, журналісти й експерти, які консультують різні міністерства — економіки, охорони здоров'я, сільського господарства, праці і зайнятості, — вважають себе цілком компетентними у питаннях розробки, реалізації та оцінювання ефективності нових програм у своїй конкретній сфері.

Такий стан речей свідчить про:

- молодість обох галузей;
- їх прикладний характер;
- залежність їх від інших дисциплін у плані теорій;
- невизначеність їхньої теоретичної та ціннісної бази.

Особливо це дається взнаки у тих країнах, де соціальна робота і соціальна політика нині перебувають на етапі становлення, як і вся структура соціальних служб, зазнаючи суттєвої трансформації.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ І СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ

Спроби радикальним чином змінити існуючу в будь-якій країні систему соціального обслуговування неминуче зачіпають соціальну роботу і соціальну політику, які тісно пов'язані з цією системою.

Зміни у Західній Європі відбуваються за такими напрямками:

- 1) проникнення ідей ринкової економіки у сферу соціальних служб;
- 2) розвиток волонтерського (недержавного) сектора, який бере на себе частину функцій, що їх виконували раніше безпосередньо державні служби;
- 3) залучення родичів до процесу догляду за тими, хто цього потребує, за умов відсутності достатньої соціальної підтримки;
- 4) впровадження госпрозрахункових принципів у систему надання соціальних послуг;
- 5) розукрупнення закладів соціальної сфери і наближення їх до споживачів послуг;
- 6) акцент на задоволенні різноманітних індивідуальних потреб;
- 7) загальна тенденція, яка ще не зовсім утвердилася, більше прислухатися до думки самих споживачів послуг та їхніх близьких;
- 8) формування через Європейський Союз єдиної соціальної політики, чутливішої до запитів різноманітних груп населення та різних регіонів, ніж політика більшості членів Союзу сьогодні.

Процеси у Східній Європі у чомусь збігаються з тими, які спостерігаються на Заході, а в чомусь відмінні від них. Тут також відбуваються зрушення в бік ринкової економіки і розвитку волонтерського сектора. Одночасно помітні й такі тенденції:

- 1) впровадження нових чи оновлених професій та галузей у соціальну сферу здійснюється за відсутності кваліфікованих викладацьких кадрів;
- 2) нові галузі часто вбирають у себе людей, котрі втратили роботу внаслідок політичних, економічних та соціальних змін, які відбуваються у Східній Європі в 90-х роках;
- 3) заохочення розвитку недержавного сектора у його комерційному і некомерційному варіантах, що має на меті не тільки скоротити бюджетні асигнування, а й стимулювати активність на місцях;
- 4) тенденція перекладання догляду за тими, хто його потребує, на плечі родичів в умовах відсутності належної системи соціальних послуг;
- 5) різке скорочення асигнувань без планомірної переорієнтації соціальних служб на інші джерела фінансування, що згубно позначається на стані існуючої системи соціальних послуг;
- 6) наявність лише загальних уявлень про напрями перетворення соціальної сфери, відсутність чіткого опрацювання (осмислення) та інформаційної бази для прийняття конкретних рішень;
- 7) не тільки стара система, а й нові служби, що організовуються, значно менше, ніж на Заході, орієнтовані на індивідуалізацію послуг, на масову роботу і розвиток самостійної активності клієнтів;

8) соціальна робота бачиться як альтернатива існуючій системі соціального захисту, яка вирізняється високим рівнем формалізму та бюрократизації.

Як на Заході, так і на Сході соціальна робота і соціальна політика одночасно виступають засобом і соціальної допомоги, і соціального контролю.

Сучасний етап світового розвитку, який характеризується занепадом комунізму та тріумфом капіталізму, покладає на соціальну роботу і соціальну політику особливу відповідальність. Їм належить компенсувати вроджені вади капіталізму та ринкової економіки, пом'якшити їхній тиск, не дати їм підірвати всю систему, зменшити ту ціну, яку індивіди, сім'ї, групи і спільноти повинні будуть платити за успіхи капіталізму.

Може постати запитання, чому тільки тепер звернулися до проблеми взаємозв'язків соціальної роботи і соціальної політики. Адже вона не нова, і в будь-якому підручнику з соціальної роботи чи соціальної політики їй неодмінно приділяється невеликий розділ. Річ у тому, що цей взаємозв'язок подається як щось незаперечне й однозначне, а тому й мало цікаве.

Найчастіше соціальна робота зображується як певна підтримка для соціальної політики; як професійна група, що займається реалізацією спущеної згори політики; як діяльність, мало пов'язана з теорією і дослідженнями, з академічною підготовкою, і внаслідок усього цього — мало престижна. Дослідники соціальної політики не часто цікавляться думкою “простих виконавців”, не кажучи вже про думку тих, для кого призначаються соціальні послуги. Навіть тоді, коли соціальні працівники залучаються до подібних досліджень як респонденти, запитання, зазвичай, бувають не по суті: вони не зачіпають ні труднощів, з якими зустрічаються соціальні працівники у своїй діяльності, ні оцінок, якими вони визначають ефективність своїх зусиль по наданню допомоги клієнтам та їхнім родичам у розв'язанні проблем.

У літературі з соціальної роботи соціальна політика трактується або як складова частина соціальної роботи і системи соціального обслуговування, або як зовсім далека їй сфера діяльності.

На мій погляд, обидві ці галузі поділяють цінності, закладені в основу концепції держави загального добробуту, яка виникла після другої світової війни, але своїм корінням сягає ліберальної традиції XIX століття і цілком сформувалася у період між двома світовими війнами у цілісну систему переконань. Згідно з цією концепцією, поперше, всі громадяни повинні мати рівні можливості; по-друге, соціальні й особисті проблеми детермінуються більшою мірою соціально-економічними умовами існування, ніж індивідуальними особливостями.

ми їхніх носіїв; по-третє, суспільство відповідає за всіх своїх членів, і, зокрема, за тих, які через будь-які причини стають вразливішими.

Отже, оскільки **і соціальна політика, і соціальна робота є прикладними галузями**, то критерієм їхньої ефективності мають бути не елегантні формулювання, а розробка і впровадження таких підходів, які сприяють втіленню в життя зазначених цінностей. По суті своїй ці обидві галузі досить прагматичні.

Основні відмінності між ними, на мою думку, полягають у наступному:

1. **Ціннісні переваги.** Окрім згаданого переліку цінностей, іншим суттєвим моментом соціальної роботи є такий спосіб допомоги людям, який не принижує їхньої гідності. Тому дуже велика увага приділяється в ній характеру стосунків з клієнтом. Часом соціальних працівників навіть звинувачують у тому, що вони, віддаючи явну перевагу процесові роботи, недостатньо турбуються про її результат. Об'єктами соціальної політики є не так індивіди, як певні групи населення. Вона, передусім, цікавиться результатами, залишаючи практично поза увагою ті процеси, за допомогою яких ці результати досягаються. Наступне. Соціальна робота має справу переважно з маргіналізованими прошарками населення, і її образ стає "заплямованим" спілкуванням із соціальними низами. Соціальна політика уникає подібних асоціацій, прагнучи підтримувати свій імідж і виступаючи захисницею інтересів більшості.
2. **Пріоритетні наукові парадигми.** Хоча обидві сфери діяльності, які розглядаються, є прикладними і прагматичними, все ж такі соціальна політика більше пов'язана з позитивістською методологією. Соціальна робота, вважаючись напівсоціальною наукою і напівмистецтвом, звертається то до позитивізму, то до герменевтики. Соціальна політика в цьому сенсі ближча до "чистої" науки.
3. Соціальна політика є скоріше галуззю наукової діяльності, в той час як соціальна робота виступає одночасно у двох іпостасях.

ПІДХОДИ ДО ДЕІНСТИТУАЛІЗАЦІЇ: СОЦІАЛЬНА ПОЛІТИКА, СОЦІАЛЬНА РОБОТА І СУМІЖНІ ДИСЦИПЛІНИ

Інституалізація та деінституалізація у Західній Європі

Система установ для осіб, які потребують спеціального нагляду чи догляду, складалася у Європі протягом трьох століть. Перед такими установами ставилася потрійна мета: слугувати притулком для вбогих, місцем ув'язнення для правопорушників і бути виховною установою.

Період до 1945 року. Люди потрапляли у спеціальні установи з різних причин, але всі ці установи мали деякі спільні риси:

- більшість із них знаходилися за містом, що, з одного боку, забезпечувало ізоляцію від суспільства, а з іншого — досить спокійну обстановку;
- частіше за все люди потрапляли туди поза своєю волею;
- до закінчення другої світової війни перебування у подібних установах звичайно було тривалим і не завершувалось із зникненням у людей тих ознак, які були підставою для розміщення їх у цих установах;
- режим установи до найдрібніших деталей визначався керівництвом і контролювався персоналом установи;
- спочатку мешканці таких установ у багатьох випадках обслуговували себе самі, але пізніше більшість функцій було передано спеціальному обслуговуючому персоналу, оскільки вважалося, що це не сумісно з особливим станом чи статусом мешканців. Лише у другій половині ХХ століття стали свідомо повертатися до первісної практики (працетерапія, майстерні).

Ці загальні й універсальні особливості дали підстави **Гофману** ввести термін “тотальна установа” [17].

Одночасно існували й моделі іншого типу:

а) розміщення осіб з обмеженими можливостями¹ в нормальні сім’ї. Така практика була започаткована у Бельгії ще у ХVІІІ столітті [47].

б) використання для цієї мети великих сіл. Така форма практикувалася у Франції на початку нашого століття [22].

Обидва наведені характерні приклади показують, що були спроби створити умови, які б дозволяли людям з розумовими чи психічними відхиленнями жити більш-менш нормальним життям, хоч у цьому був наявний певний елемент примусу, соціальної ізоляції та підкорення.

Якісно життя їхнє було багатше, ніж у мешканців найкращих “тотальних установ”, якщо під якістю життя розуміти міру свободи і вибору, особистої самостійності, участь у колективній діяльності та спілкування з іншими людьми, зокрема повністю здоровими. Також зрозуміло, що вартість утримування людей у таких умовах була менша, ніж у “тотальних установах”, оскільки вони самі, власною працею заробляли собі на прожиття.

Хоча такі можливості реально існували, в цілому вони були скоріше винятком, ніж правилом. Постає питання щодо тих факторів, які спричинили те, що саме “тотальні установи” отримали таке поширення, а не більш природні види підтримки за місцем проживання чи у фостерних будинках², де контроль за повсякденним життям здійсню-

¹ *Braye S., Preston-Shoot M. Empowering Practice in Social Care. The Open University, Milton Keynes; 1995.*

² *Breakwell G. Threatened Identities. London, Routledge, 1985.*

вався не в таких “тотальних” формах. Треба також зрозуміти, чому до самої середини ХХ сторіччя режим утримання у спеціальних установах ставав дедалі жорстокішим.

За часів виникнення виправних установ панувало переконання, що люди з обмеженими можливостями частково самі несуть відповідальність за свій стан. Асоціальна поведінка інтерпретувалася як наслідок сполучення різних несприятливих чинників. Так, англійський закон про бідних розглядав цю категорію осіб як обійдених долею, але водночас і як недостатньо ініціативних щодо поліпшення свого становища. Отже, примусити їх працювати заради власного прогонування було важливим з погляду на їхню особисту відповідальність.

Надалі, коли у відповідності з медичною моделлю обмежені можливості і соціальну вразливість почали кваліфікувати як патологію, самі носії її стали сприйматися як просто потенційно недієздатні, зокрема, не здатні взяти на себе відповідальність за власне життя. З людей, які мають якесь окреме відхилення, вони перетворилися на взагалі недієздатних у всіх сферах життя. Таку тенденцію перетворювати окремі риси на глобальну характеристику людини, окрему ваду — на загальну негативну оцінку і тавро для цілої соціальної групи **Гофман** назвав терміном “стигматизація” [18].

Зміна поглядів була пов’язана з різким протиставленням здоров’я й хвороби, яке запанувало у західній медицині; з розумінням хвороби як якісно іншого стану у порівнянні з нормою. Одночасно тривав процес створення лікарень — великих лікарняних закладів стаціонарного типу, що перетворилися на центри медичної науки. Отже, поява “тотальних установ” збіглася в часі з перетворенням медицини у наукову дисципліну, а самої науки — у важливий соціальний інститут. Як це переконливо показав **М. Фуко** [15], так зване *клінічне мислення* включало у вигляді свого суттєвого компонента тенденцію сприймати людину як об’єкт наукового аналізу та експериментування.

Мені здається цілком вірогідним таке пояснення: негативне ставлення до людей з хронічною недієздатністю утвердилося не тільки завдяки тому, що ці люди не вкладалися у систему негласних, але глибоко вкорінених уявлень про “нормальну” поведінку, а й тому, що вже самий вигляд невеличкого дефекту кидав тінь на всемогутність медицини, що претендувала бути символом науки і прогресу. Самий факт безсилля медичної науки змінити подібні стани викликав настороженість і побоювання, переносився і на самих носіїв таких станів.

Звичайно, не можна сказати, що атмосфера в усіх без винятку установах закритого типу була зовсім безрадісною. Часто зустрічалися лікарі, адміністратори та представники обслуговуючого персоналу, які всіляко намагалися поліпшити існування своїх підопічних, вдихнути тепло і турботу в їхнє життя. Але ми маємо дуже мало документальних свідчень, що змальовують обстановку, яка панувала у

цих установах до початку XX століття, особливо з точки зору сприйняття її самими мешканцями, а не працюючими в них професіоналами. Тільки у 70-х роках нашого сторіччя виник інтерес до суб'єктивного боку життя у таких установах. Справді, чи можна серйозно ставитись до думки людей, яким ми відмовляємо у здатності самостійно, вільно розпоряджатися власним життям? Доти, доки ми не визнаємо права осіб з обмеженими можливостями на повне життя і на повагу до їхньої людської гідності, у нас не буде приводу цікавитися тим, що вони думають про умови свого існування.

Варто спробувати зрозуміти, що призвело до поступової зміни поглядів на можливості “тотальних установ”, примусило засумніватися в їх економічній та соціальній доцільності.

Післявоєнний період: 1945—1970 роки. На думку низки дослідників [39; 48], нові погляди стали стверджуватися під час другої світової війни, коли:

- 1) в зв'язку із труднощами і нестатками військового часу професійної психосоціальної допомоги потребувало багато людей, які не підпадали під категорію хворих, інвалідів чи соціально дезадаптованих. У цій ситуації була розірвана звична асоціація між потребою в допомозі та приналежністю до соціальних меншин, оскільки сама більшість потребувала такої допомоги;
- 2) мужня поведінка багатьох людей, яких нацисти у Німеччині оголосили дефективними і відправили на смерть заради “чистоти нації” (ганебна програма евтаназії), дала підстави ще більше поважати потенціал їхніх людських якостей [36].
- 3) солдати, які отримали в боях важкі поранення і психічні травми, створили той перший масивний контингент, до якого вперше було застосовано нові методи реабілітації у “терапевтичній спільноті” [23]. Для них було створено обстановку, що сприяла активному залученню до нормальної діяльності. У цих нових реабілітаційних центрах медичний персонал відмовився від звичайної уніформи, став уважно прислухатися до зауважень пацієнтів, які вони висловлювали на спеціально організованих загальних зборах, виробив новий стиль менш формального і більш довірливого ставлення до пацієнтів. Все це призвело не тільки до внутрішнього прийняття того факту, що люди, які втратили якісь функції, разом з тим зберегли всі інші, і, зокрема, здатність приймати рішення щодо власного життя, але й до більш гармонійних та рівноправних стосунків між пацієнтами і медичним персоналом;
- 4) повсякденне життя і звичні соціальні ролі постали в новому світлі; а екстремальні ситуації спричинили зникнення чіткої, здавалося б, межі між нормою і патологією. Це знайшло своє втілення, наприклад, у новому ставленні до материнства [2]. Стигма, пов'язана

з віднесенням до груп людей з діагностованою патологією, не зникла повністю, але саме протиставлення здоров'я і патології втратило первісну ясність та однозначність;

- 5) успіхи, досягнуті у справі реабілітації інвалідів війни, стали могутнім стимулом для розвитку цього виду діяльності взагалі, оскільки були продемонстровані значні компенсаторні можливості людського організму і принципова досяжність досить успішного пристосування до вимог повсякденного життя в осіб з найрізноманітнішими типами порушень;
- 6) з'явилися ефективні лікарські препарати, які дозволяли досить швидко знімати психотичні симптоми і мали побічну дію, яка була цілком прийнятною якщо не для самих пацієнтів, то, в усякому разі, для психіатрів;
- 7) лікарні були переповнені, а темпи будівництва нових лікарень не відповідали потребам населення.

У середовищі професіоналів, політиків, журналістів і просто людей, змушених займатися доглядом за хворими, стверджувалася думка, що розміщення хронічно хворих у стаціонарах на довгий термін, часто на все життя, зовсім не є найкращим розв'язанням проблеми. Описи явно незадовільних умов життя у низці установ подібного типу й гучні скандали, які періодично спалахували на цьому ґрунті [45; 12], додавали аргументів прихильникам пошуку якихось альтернативних варіантів організації допомоги таким категоріям нужденних.

Нові віяння привели до пошуку поліпшення умов утримання людей у різного виду притулках та інтернатах; до спроб створити інші форми обслуговування інвалідів удома, і зокрема, — команд із фахівців різного профілю (multidisciplinary teams). Варто відзначити, що всі ці зусилля не зачіпали існуючого на той час законодавства і недостатньо враховували бажання самих хворих, їхніх родичів та друзів. Вони залишалися на рівні розрізнених експериментів, не вносячи особливих змін до загальної картини.

Період після 1970 року. До цього періоду належать нові спроби ліквідації установ стаціонарного типу в США та в Італії [50; 8; 27; 40]. У США ця кампанія торкнулася широкого кола установ інтернатного типу і була ініційована політиками правого спрямування з міркувань скорочення витрат на утримання таких установ. В Італії вона стосувалася здебільшого психіатричних клінік, а очолили її медичні працівники лівого політичного спрямування, яким вдалося залучити на свій бік представників найрізноманітніших соціальних груп та організацій. Ці відмінності знайшли своє відображення як у характері здійснюваних заходів і міри співробітництва фахівців та пацієнтів, так і в кінцевому результаті реформ.

У США реформи здійснювалися, головним чином, згори, без участі медичного персоналу, пацієнтів, їхніх родичів та широкої громадськості. В центрі уваги були процеси формального переміщення людей зі стаціонарів у домашні умови, розпродаж майна і обладнання установ, вивільнення персоналу. Правда, вже з середини 60-х років у США були організовані районні центри для колишніх пацієнтів психіатричних клінік. Менше уваги приділялося процесові реінтеграції інвалідів у суспільство, якості їхнього життя поза стаціонаром, проблемам працевлаштування персоналу, що вивільнявся, та профілактиці нового напливу пацієнтів з психіатричною симптоматикою до лікарень.

В Італії перебудова торкнулася передусім організації життя психіатричних клінік, включно з характером стосунків між персоналом і пацієнтами. Закриття лікарень не супроводжувалося звільненням медичних працівників, які просто переходили у новостворювані районні центри психіатричної допомоги. Колишні пацієнти перетворилися у споживачів нового типу послуг. (Самий термін “споживачі” у застосуванні до хворих з’явився саме в Італії). Багато уваги приділялося різним аспектам інтеграції: встановленню контактів з оточенням, проведення різноманітних спільних заходів, організації культурного дозвілля [1; 32].

У США не було прийнято спеціальної постанови про закриття лікарень, але було офіційне рішення у 1963 р. про розвиток мережі місцевих центрів психічного здоров’я [8]. На відміну од США, в Італії було прийнято спеціальні закони щодо припинення будівництва нових лікарень, про поступове закриття існуючих та про створення спеціальних бригад для роботи за місцем проживання [32]. Таким чином, реформи у США мали характер *дегоспіталізації*, тоді як в Італії це була ширша кампанія *деінституалізації*.

Не менш глибокі зміни, хоча й з меншим розголосом, відбувалися в цей час у Західній Європі у сфері організації життєдіяльності людей з інтелектуальними труднощами. Було інтенсифіковано фахову допомогу сім’ям, які мають дітей з проблемами розумового розвитку, створені спеціальні денні школи для таких дітей, щоб вони змогли завершити обов’язкову освіту. Самі батьки стали активніше залучатися до заходів щодо стимулювання всебічного розвитку дітей за допомогою професіоналів, а місцева адміністрація надавала для цих починань значну фінансову підтримку. В результаті таких спільних зусиль батьків та фахівців більшість дітей з інтелектуальними проблемами виховувалися у сім’ях, а після набуття деяких професійних навичок вони мали можливість займатися нескладними видами трудової діяльності.

Успіхи, досягнуті у справі освіти, працевлаштування та соціальної інтеграції дітей з порушеннями розумового розвитку, спонукали замислитись про доцільність збереження спеціальних установ закритого типу для таких дітей.

Зазначені практичні заходи збіглися в часі з виникненням загального підходу, який одержав назву **“нормалізація”** чи **“соціальна валоризація”** [34; 41].

Фахівці у Данії та Швеції, які розробили цей підхід, змогли реалізувати його на практиці, переконливо довівши його реалістичність та переваги як для самих клієнтів, так і для фахівців, які працювали з ними, а також суспільства в цілому, оскільки цей метод дає можливість не тільки поліпшити якість обслуговування, а й скоротити громадські витрати в зв'язку з тим, що надання допомоги за місцем проживання коштує дешевше, ніж утримання в стаціонарних установах.

З'явившись уперше в скандинавських країнах у 50-ті роки, досягнувши США у 60-х роках та решти Західної Європи у 80-х роках, підхід *“нормалізації”* ґрунтувався на переконанні, що перебування в установах закритого типу небажане для людей з 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 [34].

На цей час описаний підхід закріпився і в інших європейських країнах, особливо у Великобританії, Італії та Голландії.

Залишаються сумніви відносно таких моментів, як ступінь інтеграції у суспільство; емоційний дискомфорт, який люди з легким ступенем розумової відсталості можуть відчувати, порівнюючи себе із здоровими ровесниками, тим часом як в оточенні собі подібних у спеціальній установі критерії досягнень підігнані до їхніх можливостей, а можливості зовнішнього світу просто невідомі; і, нарешті, чи справді режим соціальних установ може іноді бути інституалізованим і патерналістським.

Підхід в руслі *“соціальної валоризації”* багато в чому близький до руху за розвиток самостійності та більшої соціальної активності осіб з труднощами навчання і психічними відхиленнями [5]. На цьому шляху вже є серйозні позитивні зрушення. Досить відзначити участь людей з інтелектуальними труднощами в реалізації освітніх програм, у захисті своїх прав, у тиску на законодавчі органи.

Аналогічні тенденції можна побачити й у справі поліпшення становища осіб з фізичними вадами. Наголос на реабілітації тут дав, схоже, найвідчутніші результати. Завдяки сучасним технічним пристосуванням вдається повернути багатьох інвалідів до цілком самостійного та повноцінного життя. Правда, треба зауважити, що аж до 80-х років діти,

котрі мали серйозні фізичні вади (наприклад, сліпота чи параліч), виховувалися у спеціальних установах інтернатного типу [35; 55].

Сучасний рух на захист прав людей з обмеженими можливостями наголошує на тому, що основна проблема полягає не в обмеженні можливостей, пов'язаних з порушенням тих чи інших функцій організму, а в існуючому в суспільстві ставленні до інвалідів та інвалідності.

Наявність функціональних обмежень як таких не заперечується, проте стверджується, що самі по собі вони не заважали б людині жити повноцінним життям, якби суспільство терпиміше й гуманніше ставилося до таких особливих проблем.

Рух потребує прийняття законодавства, яке забороняло б будь-яку дискримінацію на цьому ґрунті й забезпечило б інвалідам вільний доступ до всіх громадських місць. З цією метою мають бути переглянуті спеціальні пристрої для інвалідів у громадському транспорті, кінотеатрах, музеях, театрах, бібліотеках, школах, університетах, ресторанах усіх європейських країн.

Деінституалізація є необхідною і важливою, але ще недостатньою умовою для реінтеграції людей із різними відхиленнями у нормальне життя. Широкомасштабні зміни передбачають спільні зусилля як самих інвалідів та їхніх родичів, так і фахівців, політичних діячів різного рівня, часто і засобів масової інформації.

Протилежна позиція

Спроби втілення у життя політики деінституалізації постійно нагтовхувались на опір різноманітних груп. Серед них:

- 1) люди, які упереджено ставляться до інвалідів і не хочуть бачити їх поруч із собою;
- 2) люди, які за своїм становищем пов'язані з існуванням установ інтернатного типу і безпосередньо зацікавлені у їх збереженні;
- 3) люди, яких хвилює питання, чи одержать інваліди достатню підтримку за місцем проживання після закриття більшості установ інтернатного типу. До них належать, наприклад, представниці феміністичного руху, які вважають, що це негативно позначиться на здатності жінок вільно розпоряджатися своїм життям, оскільки саме на них падає основний тягар догляду за родичами [19]. До даної групи потрапляють і ті, хто переконаний, що для незначної частини інвалідів тільки спеціалізовані установи стаціонарного типу можуть створити найкращі умови існування;
- 4) люди, які пишаються досягненнями певної, досить обмеженої (замкнутої) групи й остерігаються, що ці досягнення можуть бути втрачені внаслідок інтеграції. Турбота про збереження своєї особливої культури взагалі властива будь-якій, відносно замкнутій, групі [49]. Типовим прикладом може бути субкультура людей, позбавлених слуху.

Як ми бачимо, заперечення мають різний характер і стосуються різних проблем, хоча іноді вони висуваються як взаємопов'язані. Наприклад, люди, котрі бояться втратити своє панівне становище, заперечують, що саме цей момент є для них основним. Вони стверджують, що їхня позиція ґрунтується на переконаності щодо неефективності системи надання допомоги за місцем проживання. Ці люди, як правило, називають завищені показники тієї кількості людей, які потребують стаціонарного догляду й постійної турботи, і, врешті-решт, стверджують, що “хворі непередбачувані”, і на них не можна покладатися, забуваючи при цьому, що сама непередбачуваність є прямим наслідком того ставлення, яке ці люди відчувають з боку професіоналів і суспільства в цілому.

Той факт, що асигнувань на потреби інвалідів у європейських країнах, де при владі стоять праві партії і де гостро відчувається економічний спад, явно недостатньо, — майже не потребує особливих доказів. Та чи означає це, що дана категорія населення приречена на злиденне життя в інтернатах? Чи не є такий стан речей приводом для згуртування і боротьби за виділення додаткових коштів на потреби інвалідів та за раціональніше використання вже наявних ресурсів?

Що стосується закликів охороняти особливу культуру меншин, то тут має діяти загальне правило, яке говорить, що меншини мають право зберігати свою автентичність, але одночасно їм потрібно ефективно спілкуватися і взаємодіяти з більшістю населення, інтегруватися в його культуру. Більше того, кожна людина повинна мати право вибору — залишатися їй з меншістю чи приєднатися до культури більшості.

У будь-якому випадку соціальна політика й організація обслуговування інвалідів повинна виходити насамперед із сподівань самої цієї групи населення, а вже потім враховувати інтереси родичів і суспільства в цілому, хоча потенційний ризик як для самих хворих, так і для тих, хто їх оточує, не можна залишати поза увагою.

Правда, слід також зважати і на ту обставину, що люди з обмеженими можливостями не є якоюсь однорідною групою і що у них можуть бути різні потреби. Це цілком природно, адже це такою ж мірою стосується будь-якої великої групи людей. Проте є тут і один специфічний чинник. Річ у тім, що здатність будь-якої людини приймати обґрунтовані рішення безпосередньо пов'язана із загальноосвітнім рівнем. Традиційні форми соціального обслуговування населення, особливо у стаціонарі, формувалися таким чином, що клієнти і родичі не одержували адекватної інформації. Вважалося, що спеціаліст знає краще істинні потреби клієнта, а останній просто не здатний приймати правильні рішення.

Як раніше зауважувалось, деінституалізація базується на зовсім інших передумовах. Якщо дотримуватись такого підходу справді се-

рйозно і послідовно, то з самого початку спеціаліст повинен повідомити своєму підопічному всю необхідну інформацію у доступній формі, аби той міг активно включитися у процес прийняття рішень. На жаль, більшість медичних працівників у Західній Європі переконані, що стаціонари й установи інтернатного типу безумовно потрібні, а питання лише в тому, як забезпечити в них належний рівень обслуговування пацієнтів. Тобто професійних працівників також треба окремо переконувати у тому, що пацієнти можуть і повинні бути співучасниками процесу лікування і догляду.

Випадки, коли хворі чинять злочини або насильства, звичайно, лякають. Але тут важливий самий факт злочину, а не те, вчинений він хворою чи здоровою людиною. У Великобританії психічно хворими людьми здійснюється порівняно небагато убивств. Проте це призводить до того, що, по-перше, у засобах масової інформації всі психічно хворі зображуються потенційно небезпечними; по-друге, ігнорується той факт, що частіш за все агресивність цих людей спрямована не на інших, а на себе [13], і що для цього часто є передумови у формі емоційної та соціальної депривації; і, по-третє, дедалі частіше лунають заклики до реінституалізації та до активного саботажу створення системи обслуговування психічно хворих за місцем проживання.

Конкретні обставини будь-якого вбивства, вчиненого психічно хворою людиною, повинні підлягати ретельному розслідуванню, а результати — використовуватися для розробки профілактичних заходів. Але засоби масової інформації у Великобританії підняли навколо цієї проблеми істерію, масштаби якої абсолютно безпрецедентні. Нічого подібного немає навіть в Італії, де закрито більше психіатричних лікарень, ніж у Великобританії, і де щодня госпіталізується значно менше людей [44]. У Великобританії журналісти, політики, професіонали, родичі і групи тиску нічому не навчилися на італійському прикладі. Створюється враження, ніби вони просто не хочуть повірити у можливість уникнути трагічних подій, які мали місце у Великобританії.

Сьогоднішня ситуація у Західній Європі

Система, яка виникла після закриття всіх установ стаціонарного типу або перетворення їх з головної ланки на допоміжну, вирізняється складністю та розмаїттям. У ній сполучаються різні сектори: приватний і державний, професійний і добровільницький (волонтерський). Ця система вирізняється гнучкістю і високою спеціалізацією. Споживачі послуг та їх родичі часто мають можливість впливати на неї і змінювати у бажаному напрямку. Частіше за все можна спостерігати ситуацію, коли власті не виконують своїх обіцянок, а професіонали ще не до кінця визначилися, чому віддати перевагу.

Таким чином, перебудова ще не закінчилася, і вся система переживає перехідний період. Поки що не зовсім зрозуміло, як процес

розвиватиметься надалі. Це залежатиме від багатьох чинників — політичних, економічних, культурних і професійних. Загальна картина, яка характеризується розмаїттям та невизначеністю, цілком відповідає духові нашого часу, хоча подібний стан навряд чи спроможний цілком задовольнити потреби будь-якої із зацікавлених сторін.

Східна Європа

У людини з Заходу, яка знайомиться зі станом справ допомоги людям з обмеженими можливостями у Східній Європі, особливо на території колишнього СРСР, легко складається враження, що ці країни зараз перебувають на тому ж етапі розвитку, який був характерний для Західної Європи до другої світової війни. Для людей з будь-яким типом хронічних порушень є спеціалізовані великі стаціонари. Дуже мало служб проміжного типу між дільничними лікарями та лікарнями, між лікарнями та установами інтернатного типу. Існує переконання, що у гарному стаціонарі пацієнт може одержати найкращу допомогу. Тому представників “привілейованих” соціальних груп — інвалідів війни чи дітей з фізичними вадами — намагаються влаштувати в такі установи й утримувати там якнайдовше. Звичайно, відсутність альтернативних форм допомоги частково пояснює справедливість такого підходу.

Мені доводилося спостерігати різні ситуації, які часом здавалися неймовірними:

- психіатричні клініки, де в одній палаті утримуються люди з гострими і хронічними типами порушень. Хворі на алкоголізм та наркоманію розміщуються разом з людьми, які страждають на психотичні розлади. Хворих на епілепсію утримують декілька місяців підряд у психіатричній клініці, щоб за допомогою медикаментів “стабілізувати” їхній стан. Діти без виразної психіатричної симптоматики роками живуть у психіатричних клініках тільки тому, що батьки від них відмовилися, а оформити опікуєство надзвичайно складно;
- випадки, коли у лікарню на півтора місяці влаштовують ветерана війни, якому потрібно лише регулярно проводити фізіотерапевтичні процедури, що займають не більше трьох годин на день;
- дітей із захворюваннями серця, які перебувають у спеціальному інтернаті, хоча їхні батьки живуть у цьому ж місті;
- військову в’язницю для дрібних правопорушників, де в одному великому приміщенні утримується 130 в’язнів. Охоронці живуть в умовах, не набагато ліпших;
- лікарню при Академії медичних наук у Москві на 400 ліжок з килимами і домашніми рослинами і розташовану неподалік звичайну лікарню на 5000 хворих з протертим лінолеумом на підлозі і обдертою фарбою на стінах;

- ліжко зі спеціальною сіткою для “ажитованих” хворих, заборонено до використання після того, як один з хворих загинув від сильних опіків під час пожежі (містечко Поле біля Любляни);
- професійну службу допомоги тим, хто бажає позбутися алкогольної залежності, яка за свої послуги бере плату в доларах (Одеса) і приватні послуги психотерапевтів (Будапешт, Любляна, Москва);
- кричуща зневага до потреб людей похилого віку практично в усій Східній Європі (винятком є служба допомоги жертвам нацистських репресій у Будапешті, організована єврейською громадою). Але я бачила й інше, зокрема:
- успішну роботу відданого своїй справі персоналу в Інституті ім.Петьо в Будапешті, який спеціалізується на лікуванні дітей з різноманітними типами серйозних фізичних дефектів;
- юних пацієнтів психіатричної лікарні, які виконували роль перекладачів під час мого спілкування з їхніми родичами (Любляна);
- притулок в Одесі для дітей і підлітків, які втекли з сім’ї чи з дитячих будинків внаслідок поганого ставлення до них. Притулок заснований на громадських засадах вчителями і дефектологами міста;
- недільну школу для дітей з різними психоневрологічними відхиленнями, створену за ініціативою їхніх матерів у Києві. Поки діти займаються в малих групах під керівництвом учителів, їхні мами проводять засідання групи самопомоги. Протягом тижня діти відвідують спеціальну школу. Мами возять їх туди міським транспортом. На дорогу може витратитися до трьох годин, тому більшість із них не працюють;
- двох молодих людей — юнака і дівчину — які мали по протезу замість ніг, які вони втратили під час землетрусу у Вірменії. Зараз вони — студенти медичного інституту в Єревані.

Таким чином, Східна Європа нині більш розмаїта, ніж ми схильні думати, і більш розмаїта, ніж п’ять років тому. Але все ж таки переконаність у необхідності спеціальних установ для утримання людей зі стійкими дефектами і в наші дні не менш поширена, ніж раніше, і мало хто уявляє собі майбутнє без них.

На відміну од Західної Європи довоєнного періоду, у нинішній Східній Європі критиці піддаються і погані житлові умови, і нестача ліків, і недостатньо високий рівень діагностичних навичок лікарів.

Нечасто можна почути згадку про немедичні підходи, необхідність забезпечення інвалідів роботою і взагалі бажаності розвитку неінституційних методів допомоги людям з обмеженими можливостями.

Численні спеціалісти, котрі раніше належали до середнього класу за рівнем споживання, зараз опинилися у важкому матеріальному становищі; вони намагаються знайти додаткові джерела прибутку чи взагалі змінюють рід занять, йдучи у бізнес. Система підготовки кадрів майже не змінилася, а доступ до іноземної літератури досить

обмежений. Лише нечисленні медичні сестри мають спеціальну кваліфікацію, а соціальні працівники на території колишнього СРСР не мають спеціальної підготовки. Лікарі й психологи займаються здебільшого діагностикою. Реальні витрати на охорону здоров'я і соціальні потреби скорочуються. Спостерігається гостра нестача персоналу й обладнання. Іноді справи складаються так, що співробітники самі займаються ремонтом приміщень за власний рахунок.

Нові ініціативи, заохочувані Заходом, часто не йдуть далі простого наслідування. Зазвичай вони спрямовані на розширення знань та умінь медичного персоналу за допомогою знайомства із західним досвідом. Варто було б критичніше ставитися до цього досвіду, щоб, використовуючи позитивні моменти, не повторювати історичних помилок медицини на Заході.

Незважаючи на вагомий доказ економічного, професійного й морального характеру на користь деінституалізації, важко чекати реальних зрушень у політиці і практиці за умов деморалізації на всіх рівнях системи, в ситуації традиційного зневаження прав людини, існуючого комплексу неповноцінності і підозрілого ставлення до Західної Європи, заклопотаності особистим виживанням у складній економічній ситуації. Поки що є лише окремі паростки інновацій, які треба всіляко плекати і підтримувати, тому що саме вони повинні стати прообразом майбутнього. Важливим елементом такої підтримки є знайомство провідних фахівців з передовим західним досвідом. Через них цей досвід може стати надбанням широких кіл фахівців у їхніх країнах. Варто підтримувати процес формування нових професійних груп, необхідних для реалізації політики деінституалізації (соціальних працівників, дослідників соціальної політики, кваліфікованих медсестер), а також сприяти створенню асоціацій користувачів соціальних послуг та їхніх родичів.

Я вважаю, що спроба піднести рівень знань лікарів і медичних сестер до рівня їхніх західних колег приречена на провал. Цей задум насправді означає марну витрату часу, сил і обмежених коштів. Мое заперечення ґрунтується на тому факті, що відсутність стимулів до деінституалізації пов'язана не просто з неупевненістю. Знайомство із західною медициною здатне лише зміцнити впевненість у тому, що магістральний напрямок удосконалення системи полягає у поліпшенні її існуючого варіанту. Адже й на Заході головні противники деінституалізації перебувають серед фахівців-медиків.

Західна Європа не може змінити систему, яка склалася у Східній Європі. Тільки люди у кожній з країн можуть самі зробити це для себе. І в цьому сенсі перевиховання більшості західноєвропейських професіоналів лишається завданням не менш нагальним, ніж зміна поглядів, підходів і всієї системи у Східній Європі.

Дисциплінарні підходи до деінституалізації

Хоча деінституалізація і втілює в собі найрадикальніші й виразні зміни політики стосовно людей з обмеженими можливостями, за останні десятиліття вона вже породила доволі численну літературу.

До дебатів з цього приводу були залучені представники чотирьох сфер діяльності: соціальної політики, соціальної роботи, психіатрії та соціології.

Соціальна політика. Політики та керівники ухвалювали рішення підтримати існуючі спеціальні установи чи закрити їх лише як один з можливих шляхів пом'якшення проблем протиправної поведінки та догляду за інвалідами. Сама ця проблема як така їх особливо не цікавила.

Були, правда, деякі винятки, які стосувалися таких моментів:

1) ідеї догляду за місцем проживання [9];
2) ролі жінок як такої соціальної групи, на яку лягає основний тягар догляду за хворими і немічними. При цьому поза увагою залишався той факт, що жінки одночасно становлять більшість і клієнтів, і представників допоміжних професій. Лише нещодавно дослідники звернулися до аналізу процесу надання допомоги і його зв'язку з рольовими уявленнями чоловіків і жінок [10; 11];

3) процесу прийняття рішень тими керівниками, які безпосередньо здійснювали політику деінституалізації [26; 54]. Але цей процес не зачіпав інших учасників — рядових фахівців, клієнтів та їх родичів;

4) у міру того як соціальна політика стала відчувати дедалі більший вплив економіки, предметом її особливого інтересу поставало питання *рентабельності* того чи іншого рішення і все менше хвилювали інші аспекти та наслідки кожного з них [25];

5) на відміну од британських дослідників, їхні колеги у Швеції та країнах Південної Європи широко користуються такими поняттями, як “маргіналізація” і “демаргіналізація”, “виключення” та “включення”, або “інтеграція”, проглядаючи прямий зв'язок між процесом соціального виключення й бідністю.

Соціальна робота. Будучи прикладною галуззю, соціальна робота бере свої теоретичні положення з інших дисциплін.

У 60—70-х роках у середовищі соціальних працівників було модно критикувати психіатрію і спеціальні установи взагалі. Така позиція відповідала колективістській спрямованості й самовизначенню етичних принципів. Соціальні працівники завжди діяли переважно у громадах, і для них факт вміщення людини, особливо дитини, у спеціальний заклад завжди сприймався як свідчення їхніх професійних прорахунків [14]. З усіх представників допоміжних професій соціальні працівники найбільше уваги приділяють врахуванню думок своїх клієнтів, захисту їх прав і підходу з точки зору соціальної валоризації.

Вивчення альтернативи моделей опіки стало складовою частиною досліджень з ефективності соціальної роботи [37]. Дуже нечисленні з наявних досліджень впливу процесу деінституалізації на спеціалістів та споживачів послуг були проведені представниками цієї наукової дисципліни [4; 42]. Теоретичні моделі у даній галузі включають психодинамічне вивчення установ [30], соціально-психологічний та соціологічний аналіз індивідуальних та інституційних змін [22; 7; 54].

Соціальні працівники беруть активну участь у процесах деінституалізації та реінтеграції, однак теоретики та дослідники соціальної роботи нечасто пропонують власні теоретичні моделі цих явищ. До рідкісних винятків можна віднести уточнення таких понять, як “самокерована групова робота” (self-directed group work) [33], “стимулювання власної активності клієнтів” (empowerment) [52; 6] і “моделі зміни через участь” [42; 43; 56]. Подібна ситуація, певно, пов’язана із звичкою покладатися щодо цього на соціальну політику, хоча, як вже зауважувалось, дослідники соціальної політики дуже часто ігнорують ті питання, які з точки зору соціальної роботи є найважливішими. Такого типу питання звичайно складніші, ніж питання соціальної політики, що пов’язано з їхнім психосоціальним характером, а також у зв’язку з тим, що вони інтегрують індивідуальний, груповий та мікросоціальний рівні, інтелектуальні та емоційні аспекти життя людей.

Психіатрія. Представники психіатрії брали участь у дебатах, оцінювали нові методи обслуговування населення, які пропонували їхні колеги (наприклад, лікування вдома, комплексне обслуговування, денні центри), проводили епідеміологічні та економічні дослідження [20; 29]. Разом з психологами вони також вивчали роль родичів у догляді за хворими [28].

Ці дослідження дають можливість оцінити ефективність різних підходів, але частіше за все відбивають погляди лікарів та організаторів охорони здоров’я, а не самих споживачів медичних послуг. Навіть у тих порівняно рідкісних випадках, коли дослідження охоплює і пацієнтів, їхніх родичів і рядових спеціалістів, позитивістська методологія частіш за все не дозволяє з’ясувати справжні погляди і почуття респондентів. Крім того, слід сказати, що увага цієї категорії дослідників була зосереджена здебільшого на результатах, а процеси деінституалізації та розробка понятійного апарату більшою мірою лишалися у тіні.

Соціологія. З боку представників цієї наукової дисципліни виходила критика медицини, інституалізації та професіоналізму [16].

Аналіз професіоналізму стосувався, насамперед, проблеми розширення соціального контролю або удосконалення його форм. Такий підхід майже не зачіпав всього комплексу проблем, пов’язаних із становищем тієї маси людей, котрі, будучи хворими, бідними та соціаль-

но вразливими, змушені звертатися до спеціалістів за підтримкою і захистом. Безперечно, професіонали разом з пацієнтами та їхніми родичами несуть тягар цієї спільної роботи. Та це зовсім не означає, що діяльність професіоналів не потребує змін та удосконалення. Мені здається, що погляд на професіоналів лише як на провідників соціального контролю є дуже однобічним. Насправді, подібно до працівників засобів масової інформації, медичні працівники та фахівці суміжних професій одночасно й відображають у своїй діяльності характер суспільства, в якому вони живуть, і активно формують його.

Професіонали довгий час відмовлялися брати на озброєння поняття “зловживання”, або “погане ставлення” (abuse). Але їхній теперішній інтерес до даної проблеми, особливо до сексуального насильства, добре ілюструє подвійність їхньої функції турботи і контролю, відображення і формування [24].

Соціологи провели критичний аналіз установ, проте їх мало цікавив процес деінституалізації, й останнім часом вони практично не приділяли йому уваги. Якщо у більш ранніх роботах соціологи, як ми бачимо, зверталися до проблеми особистості пацієнта і його самоусвідомлення, то зараз вони, як правило, трактують тему “клієнт і його соціальне оточення” не так глибоко, обмежуючись лише зовнішнім аспектом цих стосунків [38]. У цьому плані виняток становлять дослідження **А. Роджерса** [46], в яких респондентами були 500 пацієнтів, котрі користуються послугами психіатричних служб. Але і в цій, дуже важливій роботі аналіз нечасто поширюється далі рівня суто описового і тому не може задовольнити наш пошук відповідей на найсуттєвіші, на наш погляд, запитання.

Характерно, що й у вивченні девіантної поведінки більшість соціологів не піднімається вище аналізу застосовуваної системи покарань, яка в цілому є досить консервативною. Їх зовсім не цікавить той різновид деінституалізації, яку англійський соціолог **А. Скел**, що нині працює у США, назвав декарацією, маючи на увазі альтернативні форми покарань без розміщення у спеціальних виправних установах [50].

Чому деінституалізація не привернула тієї уваги аналітиків та дослідників, на яку вона, безперечно, заслуговує? Поки що можна висловити лише деякі припущення.

По-перше, акцент саме на результатах у дослідженнях представників соціальної політики, соціальної роботи та психіатрії найбільшою мірою відповідав інтересам фінансуючих організацій.

По-друге, інтерес до результатів відволікає увагу дослідників від аналізу процесу.

По-третє, оскільки проблема деінституалізації викликає дебати і різку поляризацію думок — систематичний аналіз відходить на другий план.

Нарешті, по-четверте, поступове впровадження нової системи та її існування паралельно зі старою, а також поява деяких нових видів установ інституціонального типу заважають побачити радикальний характер змін, що відбуваються.

Проаналізовані тенденції змін у соціальній сфері Західної та Східної Європи. Обговорені взаємозв'язки між соціальною політикою та соціальною роботою. Показані основні відмінності між ними у ціннісних підходах, пріоритетних наукових парадигмах.

Дана історична перспектива інституалізації та деінституалізації в Західній Європі. Визначені групи, що чинять опір політиці деінституалізації у Великобританії. Представлена система обслуговування і становище клієнтів у Західній та Східній Європі. Обговорений внесок різних дисциплін у ставлення та підходи до деінституалізації.

Основні поняття

СОЦІАЛЬНА РОБОТА; СОЦІАЛЬНА ПОЛІТИКА; ПРІОРИТЕТНІ НАУКОВІ ПАРАДИГМИ; СУМІЖНІ ДИСЦИПЛІНИ; АЛЬТЕРНАТИВНІ МОДЕЛІ ОПІКИ; ІНСТИТУАЛІЗАЦІЯ; ДЕІНСТИТУАЛІЗАЦІЯ; ТОТАЛЬНА УСТАНОВА; СТИГМАТИЗАЦІЯ; ТЕРАПЕВТИЧНА СПІЛЬНОТА; НОРМАЛІЗАЦІЯ; ДЕГОСПІТАЛІЗАЦІЯ; СОЦІАЛЬНА ВАЛОРИЗАЦІЯ.

Запитання для дискусії

- Які найсучасніші зміни у соціальній сфері України можна відзначити? Чи відповідають вони тенденціям, які спостерігаються у Західній Європі?
- Якими, на вашу думку, є перспективи деінституалізації в Україні?
- Які позитивні зрушення в обслуговуванні різних груп клієнтів можна виділити сьогодні? Наведіть приклади догляду у громаді (за місцем проживання).
- Які сили активно протистоять чи пасивно заважають деінституалізації? Які ще чинники перешкоджають переходові до обслуговування клієнтів за місцем проживання?
- В яких напрямках слід вести роботу для створення умов для деінституалізації?
- Представники яких дисциплін (професійних та непрофесійних груп) є активними прибічниками деінституалізації?

Використана література

1. *Basaglia F. L'istituzione Negata. Einuadi.*— Milano, 1968.
2. *Bowlby J. Maternal Care and Mental Health / World Health Federation.*— Geneva, 1951.
3. *Brandon D. Innovation without Change?*— London: Macmillan, 1991.
4. *Brandon D. Skills for Professionals // Beyond Community Care: Normalisation and Integration Work / Ramon S. (Ed).*— London: Macmillan, 1991.
5. *Brandon D., Brandon A., Brandon T. Advocacy: Power to People with Disabilities.*— Birmingham: Venture Press, 1995.

6. *Braye S., Preston-Shoot M.* Empowering Practice in Social Care.— London: The Open University, 1995.
7. *Breakwell G.* Threatened Identities.— London: Methuen, 1984.
8. *Brown P.* The Transfer of Care.— London: Routledge, 1985.
9. *Bulmer M.* The Social Base of Community Care.— London: Heinemann, 1987.
10. *Chamberlyne P.* Women and Social Policy in Germany // *Social Policy in Germany.* / *Clasen J., Freeman R.* (Ed.)— London: Harvester Wheat-sheaf, 1994.
11. *Chamberlyne P.* Changing Cultures of Care: Underlying Ideologies, Policies and Practices in Post-communist and Post-fordist Societies // *The Interface between Social Work and Social Policy* / *Ramon S.* (Ed.)- Birmingham: Venture Press, 1996.
12. *Cochrane D. A.* The AEGIS Campaign to Improve Standards of Care in Mental Hospitals: A Case Study of the Process of Social Policy Change / *The London School of Economics.*— London, 1991.
13. Department of Health of the Nation / HMSO.— London, 1992.
14. *Fisher M., Marsh P.* In and Out of Care.— London: Routledge, 1986.
15. *Foucault M.* The Birth of the Clinic.— London: Tavistock, 1973.
16. *Friedson E.* Professionalism Revisited.— New York: Academic Press, 1974.
17. *Goffman I.* Asylums.— Harmondsworth: Penguin, 1961.
18. *Goffman I.* Stigma.— Harmondsworth: Penguin, 1963.
19. *Graham H.* Feminist Perspectives on Community Care // *Community Care: A Reader.* / *Bornat J.* (Ed.)— Basingstoke: Macmillan, 1993.
20. *Holloway F.* Day Care and Community Support // *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client* / *Lavender A., Holloway F.* (Eds.).— Chichester: Wiley, 1988.
21. *Holloway F., Rutherford D., Carson J., Dunn L.* Elderly Graduates and a Hospital Closure Programme: A Five-Year Follow-up-Study // *Psychiatric Bulletin.*— 1994.— N 18.
22. *Jodelet D.* Social Representations of Madness.— Harvester: Hemele Hampstead, 1991.
23. *Jones M.* Social Psychiatry.— London: Tavistock, 1952.
24. *Kingston P., Penhale B.* Family Violence and the Caring Professions.— Basingstoke: Macmillan, 1995.
25. *Knapp M.* Care in the Community: Challenge and Demonstration // *Personal Social Services Research Unit.*— Canterbury: University of Kent, 1992.
26. *Korman N., Glennerster H.* Closing a Hospital: The Darent Park Project.— London: Bedord Square Press, 1990.
27. *Mauri D., De Leonardi O., Gianichedda M. G.* La Liberta e Terapeutica? — Roma: Flettrinelli, 1984.
28. *McCarthy B.* The Role of Relatives // *Community Care in Practice: Services for the Continuing Care Client* / *Lavender A., Holloway F.* (Eds.).— Chichester: Wiley, 1988.
29. *McCrone M., Thronicroft G.* The Economic Evaluation of Case Management // *The Economics of Schizophrenia* / *Moscarelli M., Sartorius N.* (Eds.).— Chichester: Wiley, 1995.
30. *Menyes-Leith I.* Containing Anxiety in Institutions.— London: Free Associations, 1988.
31. *Mosher L.* Italy's Revolutionary Mental Health Law: An Assessment // *American Journal of Psychiatry.*— 1982.— N 139.
32. *Mosher L., Burti.* Community Mental Health: Principles and Practice.— New York: Norton, 1989.
33. *Mullender A., Ward D.* Self-Directed Groupwork.— London: Whiting and Birchwood, 1991.

34. *Nirje B.* The Normalisation Principle and its Human Management Implications // Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded / Kugel R., Wolfensberger W. (Eds.); President's Committee on Mental Retardation.— Washington: D. C., 1969.
35. *Oliver M.* The Politics of Disability.— Basingstoke: Macmillan, 1990.
36. *Perske R.* The Risk of Dignity // The Principle of Normalisation in Human Services / Wolfensberger W. (Ed.); National Institute of Mental Retardation.— Toronto, 1972.
37. *Fetch A.* A Home in the Community.— Aldershot: Avebury, 1992.
38. *Prior L.* The Social Organisation of Mental Illness.— Beverly Hills: Sage, 1993.
39. *Ramon S.* Psychiatry in Britain: Meaning and Policy.— London: Croom Helm, 1985.
40. Psychiatry in Transition: British and Italian Experiences / Ramon S. (Ed.).— London: Pluto Press, 1990.
41. Beyond Community Care: Integration and Normalisation Work / Ramon S. (Ed.).— London: Macmillan, 1991.
42. *Ramon S.* The Workers' Perspective: Living with Ambivalence and Ambiguity // Psychiatric Hospital Closure: Myths and Realities / Ramon S. (Ed.).— London: Chapman Hall, 1992.
43. *Ramon S., Sayce L.* Collective User Participation: Implications for Social Work Education and Training // Issues in Social Work Education.— 1993.— Vol. 13, N 2.
44. *Ramon S.* Mental Health in Europe: Ends, Beginning and Rediscoveries.— Basingstoke: Mind, Macmillan, 1996.
45. *Robb B.* Sans Everything: A Case to Answer.— London: Nelson, 1967.
46. *Rogers A., Pilgrim D., Lacey R.* Experiencing Psychiatry.— Basingstoke: Mind, Macmillan, 1993.
47. *Roosens E. K.* Mental Patients in Town Life: Geel, Europe's First Therapeutic Community.— Beverly Hills: Sage, 1979.
48. *Rose N.* The Psychological Complex.— Heinmann, 1985.
49. *Sacks O.* Seeing Voices.— Harmondsworth: Penguin, 1992.
50. *Scull A.* Decarceration.— New Jersey: Prentice Hall, 1978.
51. *Stainton T.* Autonomy and Social Policy: Rights, Mental Handicap and Community Care.— Aldershot: Avebury, 1994.
52. *Stevenson O., Parsloe P.* Community Care and Empowerment.— York: Joseph Rowntree Foundation, 1993.
53. Disabling Barriers — Enabling Environments / Swain J. (Ed.).— London: The Open University, 1992.
54. *Tomlinson D.* Planning after a Closure Decision: The Case for North East Thames Regional Health Authority // Psychiatric Hospital Closure: Myths and Realities / Ramon S. (Ed.).— London: Chapman Hall, 1992.
55. *Vemon A.* Consumer Choice and Independence // International Perspectives on Health Social Work / Ramon S. (Ed.).— Sheffield: ATSWE publications, 1996.
56. *Wistow G., Bames M.* Central Nottinghamshire, England: A Case Study of Managed Innovation in Mental Health // Innovation in Community Mental Health: International perspectives / Schultz R; Greenley J. (Eds.).— Westport, London: Prager, 1995.