

СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

УДК 364-7-364-2

DOI: <https://doi.org/10.17721/2616-7786.2019/5-1/10>

А. Кунцевська, канд. психол. наук, доц.
Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна
ORCID iD 0000-0002-0456-6234

МОДЕЛІ СОЦІАЛЬНОГО ВІДНОВЛЕННЯ В КОНТЕКСТІ ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ПАРАДИГМИ

Представлено огляд особистісно-орієнтованої парадигми в соціальній роботі (клінічна практика та відновлення). Розглянуто визначальні принципи побудови особистісно-орієнтованої практики: цілісна (холістичний підхід) опіка; індивідуалізована допомога; турбота з повагою та розширення можливостей. Особистісно-орієнтована соціальна робота відмовляється від підходу, де фахівець вирішує, що саме є кращим для клієнта (пацієнта) та визнає центром догляду і підтримки особистість, яка виступає експертом власної ситуації та пережитого досвіду.

Проаналізовано також модель CARE (розуміючий підхід до відновлення), розроблену в межах даної парадигми та її базові методологічні категорії: виміри якості життя, життєвий простір, фази та фактори процесу відновлення.

Ключові слова: відновлення, реабілітація, якість життя, особистісно-орієнтована парадигма, клієнт-центрованість, розуміючий підхід.

Вступ. Останні десятиліття в країнах Європи (Нідерланди, Естонія, Чехія), Сполучених Штатах і Великобританії інтенсивно розвиваються і набувають популярності у сфері клінічної соціальної роботи та соціальної реабілітації підходи, орієнтовані на особистість. Основою цих теорій виступає терапевтична теорія К. Роджерса, розробку якої він розпочав в 1939 році, працюючи з неблагополучними дітьми та продовжував до кінця 80-х, розширюючи підхід для роботи з парами, групами та сім'ями, які переживають різні види соціальних і особистісних проблем [1].

Існує чимало дефініцій особистісно-орієнтованої допомоги. У західних виданнях знаходимо такі поняття, як "пацієнто-центрованість", "орієнтованість на сім'ю", "центрований на користувачеві підхід", індивідуалізований чи персоналізований підходи. Незалежно від терміну, який вживають автори (K. Hanga, D.M. DiNitto, J. P. Wilken, L. Leppik, N. Jacobson, D. Greenley, T. McCance, B. McCormack, J. Dewing, S. McMillan, E. Kendall та ін.), дослідження здебільшого сфокусовані на значущих аспектах життя пацієнта / клієнта, особливостей та засобів забезпечення особистісно-орієнтованої допомоги.

Особистісно-орієнтована соціальна практика за своєю суттю націлена на ідею особистісного благополуччя та якості життя. Мірою поширення цієї ідеї є концептуальні, методологічні та організаційні трансформації систем соціальної і медичного догляду.

Термін "реабілітація" дедалі рідше зустрічається в зарубіжних публікаціях у контексті соціальної роботи та клінічної соціальної практики, натомість скрізь бачимо термін "відновлення" (recovery). Орієнтованість на особистість у соціальних практиках вносить істотні зміни до концепції роботи з пацієнтами психіатричних лікарень, людьми, які пережили травмуючі ситуації, людьми з інвалідністю. Ідея соціального відновлення як "глибоко особистий, унікальний процес зміни поглядів, цінностей, почуттів і цілей, навичок та/або ролей", спосіб жити осмисленим, щасливим, активним на внески життям навіть з обмеженнями, викликаними хворобою, стає центральною для соціальної роботи [2].

В Україні ідеї орієнтованої на особистість соціальної допомоги лише сьогодні стають предметом спеціальної підготовки фахівців. Так, у жовтні 2019 року відбувся поглиблений курс підвищення кваліфікації для фахівців соціальної роботи мережі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді міста Києва та спеціалістів Центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді на тему: "Взаємодія фахівця соціальної роботи в про-

маді з надання соціальних послуг особам з порушенням психічного здоров'я і членам їхніх сімей".

Фахівці в галузі соціальної роботи та реабілітації, які взяли участь у курсі, зауважили, що пасивна, "об'єктна" позиція клієнтів стає на заваді успішній соціальній інтеграції, унеможлиблює самостійне просування клієнтів у вирішенні складних життєвих ситуацій, формує вимушену безпорадність; а також підкреслили необхідність розробки і впровадження якісно нових підходів та інструментів роботи з клієнтами.

Мета статті – аналіз особистісно-орієнтованої парадигми в соціальній роботі та реабілітації й визначення тих базових принципів та ідей, прийняття яких дозволить побудувати українську модель особистісно-орієнтованої соціальної роботи.

Виклад основного матеріалу. Центральним концептом клієнт-центрованої теорії Роджерса є визнання того, що люди володіють ресурсами самопізнання та самолікування, і що зміни та розвиток особистості можливі за умов створення відповідного клімату і фасилітуючої ситуації [3]. Суть терапії, орієнтованої на клієнта, полягає у відносинах між двома "повноцінними особистостями", де кваліфікована робота терапевта вимагає бути самим собою. Це передбачає складне рефлексивне усвідомлення терапевтом зв'язку із собою, та, водночас, із клієнтом, тобто "бути експертом у тому, щоб не бути експертом" [4].

Паралельно зі сферою соціальної роботи в медичній галузі також з'являються схожі тенденції: так, у 1960-х роках Valint вводить до наукового обігу поняття "орієнтована на пацієнта медицина". В його концепції йдеться про якісно інші способи взаємодії фахівців із пацієнтами, що полягають у фокусуванні уваги лікаря не стільки на хворобі, скільки на розумінні пацієнтів та унікальних обставин їхнього життя [5].

Відтоді з'являються й інші тлумачення поняття і спроби розширити концепцію "орієнтованої на пацієнта допомоги". Кінець 70-х років вибухнув низкою праць, опублікованих людьми, які пройшли кризу виклики хвороби до зцілення – нова ідеологія самопомоги в цей період набуває все більшої популярності. На цей рух вплинуло багато факторів: наприклад, рух за права людини, психосоціальний реабілітаційний рух і бажання подолати стигматизацію [6].

Принципи та стандарти. Lipkin, Quill та Narodano в 1984 році висунули низку вимог до фахівця, здатного забезпечити орієнтовану на пацієнта практику: "орієнтований на пацієнта фахівець мусить дотримуватися відповід-

них принципів, володіти базовими знаннями та навичками. Контекст інтерв'ю з пацієнтом має бути таким, що дозволяє пацієнту поділитися своєю унікальною історією, яка сприяє виникненню довіри та впевненості, роз'яснює симптоми, дозволяє генерувати та перевіряти гіпотези, що можуть включати психосоціальні аспекти хвороби і створювати фундамент справжньої довіри для постійних відносин" [7].

Центральними принципами орієнтованості на людину є повага та інтеграція індивідуальних відмінностей при наданні допомоги. Найважливішими характеристиками соціального сервісу, орієнтованого на людину, є:

- розуміння клієнта як унікальної особистості з її особливостями, потребами, цінностями, переконаннями, уподобаннями

- гнучкість, що передбачає надання послуг, чутливість до змін у потребах та бажаннях клієнтів [5].

Особистісно-орієнтована соціальна робота відмовляється від підходу, де фахівець вирішує, що саме є кращим для клієнта (пацієнта) та визнає центром догляду і підтримки особистість, яка виступає експертом власної ситуації та пережитого досвіду. Особистість та її близькі (якщо це можливо) стають рівноправними партнерами в плануванні догляду та підтримки, що передбачає розуміння їхніх потреб, цілей та очікуваних результатів [5].

Підкреслюючи необхідність "робити разом із" радше ніж "робити для", особистісно-орієнтована соціальна робота зважає як на індивідуальні, так і на групові особливості, дозволяючи користувачам послуг бути активними суб'єктами не лише в процесі здійснення підтримки, але й у розробці та наданні послуг.

Дослідження ефективності ООД. Дослідження ефективності особистісно-орієнтованої допомоги показали, що її надання не вимагає більш тривалих консультацій чи зустрічей, але передбачає якісно іншу взаємодію

фахівця та клієнта/пацієнта: "здійснення відносно мінімальних утручань може потенційно збільшити використання послуг і звести до мінімуму затратне використання режиму лікування, що, зрештою, веде до зростання ролі пацієнтів та їхніх сімей в їхньому зціленні" [6].

Загалом, застосування ООД значно підвищує задоволеність наданою допомогою (особливо в медичному сервісі); підвищення сприйнятливості якості обслуговування та поліпшення показників здоров'я .

Процес відновлення в особистісно-орієнтованій парадигмі становлять умови: внутрішні (надія, зцілення, наснаження і зв'язок) та зовнішні (права людини, "позитивна культура зцілення" та послуги, орієнтовані на відновлення). Ці умови мають проникну дію, тож процес відновлення, щойно він розпочався, стає фактором, що надалі трансформує як внутрішні, так і зовнішні умови [4].

Особистісно-орієнтована соціальна робота заснована на низці визначальних принципів:

- у фокусі догляду і підтримки є *люди та визнані ними цінності*;

- урахування побажань і тих потреб, які *визнаються пріоритетними самими клієнтами*, а не фахівцем;

- фізичний комфорт і безпека;

- емоційна підтримка за участю родини та друзів;

- забезпечення доступу клієнтів до необхідних форм допомоги (коли і де вони потребують);

- забезпечення клієнтів доступною для їхнього розуміння інформацією, необхідною для свідомого прийняття ними рішень щодо їхньої опіки та підтримки [4].

Аналітичний аналіз різних моделей особистісно-орієнтованої допомоги, проведений Morgan та Yoder [3] дозволив розробити узагальнену модель ООД вищого порядку, що складається із чотирьох ключових атрибутів.

Таблиця 1

Концептуальна модель особистісно-орієнтованої допомоги

	Компоненти	Зміст
I	Цілісна опіка	Визнання цінності людини та реагування на весь комплекс її потреб, що передбачає водночас оцінку фізичних, когнітивних і психосоціальних особливостей функціонування, вирішуючи ситуаційні, сімейні, культурні та/або релігійні потреби
II	Індивідуалізована допомога	Урахування унікальних потреб, уподобань, проблем особистісних і пов'язаних зі здоров'ям – розробка індивідуального плану догляду
III	Турбота з повагою	Визнання людей активними споживачами здоров'я та підтримка їхніх сильних сторін, здібностей та вподобання, тобто слухаючи та підтримуючи їхні бажання чи цілі
IV	Розширення можливостей	Заохочення самостійності, упевненості в собі та самовизначення, сприяння участі людини у прийнятті рішень шляхом ефективної комунікації та переговорів через розробку плану дій, що допомагає клієнту контролювати власний стан і вносити зміни до плану лікування

"Важливо розуміти, що люди з обмеженими можливостями не "реабілітуються" у тому сенсі, що машини "налаштовуються" або телевізори "ремонтуються". Люди з інвалідністю не є пасивними отримувачами реабілітаційних послуг. Радше вони переживають нову самоідентичність і встановлення мети в межах і поза межами інвалідності. Ця різниця між реабілітацією та відновленням є важливою. Під реабілітацією розуміють послуги та технології, які надаються людям з інвалідністю, щоб вони могли навчитися адаптуватися до свого світу. Відновлення стосується прожитого чи реального життєвого досвіду людей, коли вони приймають і долають проблему інвалідності. Можна сказати, що реабілітація належить до "полюса світу", а відновлення – до "Я-полюса" [1].

Модель CARE. Одним із особистісно-орієнтованих підходів у клінічній соціальній роботі є "Comprehensive approach to rehabilitation" (CARE, у перекладі з англійської – розуміючий підхід до реабілітації), розроблений

голландськими фахівцями: соціальним психологом Jean Pierre Wilken [1] та медбратом і соціальним педагогом Dirkden Hollander у 1980 році [7].

Модель CARE, сформована на підставі результатів численних досліджень випадку, обґрунтовує методологію роботи з людьми, які потребують тимчасової або тривалої професійної підтримки та використовується фахівцями різних країн уже понад чверть століття.

Розуміючий підхід до реабілітації зорієнтований на якість життя людей, які з огляду на їхній психічний та соціальний стан вважаються вразливими, і виступає інструментом їхньої підтримки в досягненні бажаної ними якості життя. Якщо клієнт пережив серйозну травмуючу подію, таку як психоз, відновлення спрямоване безпосередньо на психічний розлад і досягнення "нормального життя", себто *життя, яке сам клієнт сприймає як значуще* через буття значущим для себе та інших [2].

Пріоритетність якості життя та реінтеграції. Дослідження історій клієнтів [3] засвідчили пріоритетність підтримання якості життя у процесах відновлення: так, наприклад, можливість їхнього включення до значущої для них діяльності дає їм новий сенс й уможлиблює процеси цілепокладання. "Якість життя завжди стосується сенсу. Люди, середовище, діяльність задають життєві смисли". При цьому значення якості життя завжди суб'єктивне, визначається клієнтом (пацієнтом) і щоразу виступає головним предметом взаємодії із соціальним працівником.

Ідеться також про розмежування особистісного та соціального відновлення. Особистісне відновлення передбачає оволодіння здатністю пережити власну вразливість і віднайдення особистої спроможності відносно теперішнього та майбутнього шляхом прийняття і опрацювання того, що відбулося.

Соціальне відновлення, у свою чергу, передбачає участь, реінтеграцію в суспільство. При цьому поняття "участі" є ключовим, оскільки усвідомлення себе частиною суспільства, суб'єктом, здатним вплинути на власну соціальну ситуацію, є найпотужнішим терапевтичним ресурсом [2, 3]. Жоден із нас не вибирає позицію "пацієнта" або "клієнта" свідомо і за власним бажанням – цей небажаний статус ми отримуємо, коли змушені звертатися за професійною медичною допомогою.

Люди, які протягом тривалого періоду часу перебували в стаціонарі, часто змушені шукати шляхи повер-

нення до соціального життя, тож сутність відновлення полягає в переході від статусу "клієнта" до "громадянина", що уможлиблює повторне включення до соціальних процесів. Щоб збагнути сутність розуміючого підходу, слід усвідомити різницю між відновленням та одужанням. Одужання передбачає повернення до минулої ситуації, тієї, що передувє стану хвороби. Однак для багатьох людей життя змінюється безповоротно.

Первинна стигматизація відбувається з боку суспільства, яке помічає та відзначає "інакшість" певних його членів, вторинну "забезпечують" працівники сфери догляду, які іноді мимовільно загострюють увагу на тих аспектах життя, які стають неможливими або важкодосяжними для клієнта. До пастки третинної стигматизації ("самостигматизації") потрапляє безпосередньо клієнт, який слідом за соціумом, фахівцями, близьким оточенням починає вірити у власну безпорадність.

Отже, реінтеграція є не лише індивідуальною відповідальністю клієнта, вона вимагає від суспільства значних зусиль, таких, як прийняття та співчуття. Саме тому, модель CARE сфокусована не лише на конкретній особистості, але й на середовищі, в якому вона перебуває [2, 7].

Відповідно до принципів CARE, якість життя тісно пов'язана з "особистісними та життєвими площинами". До особистісної площини належать: піклування про себе, здоров'я, безпека та соціальні стосунки.

Таблиця 2

Виміри якості життя

Особистісна площина	Життєва площина
Піклування про себе	Дім і сусіди
Здоров'я	Робота
Безпека	Навчання
Соціальні стосунки	Рекреація і дозвілля

Піклування про себе передбачає всі процедури й активності, необхідні для догляду за власним фізичним станом, гігієни та хатньої роботи. Це також і соціальні навички, такі як відстоювання себе і власних меж і підтримка зв'язку з іншими. Управління фінансами в окремих випадках також підпадає під рубрику "піклування про себе". Сфера здоров'я охоплює фізичне і психічне благополуччя, так само як "безпека" включає різні аспекти емоційної та фізичної безпеки: відчуття себе цінною і значущою особистістю, реалізація потреби у визнанні; захист від фізичного насильства та агресії. Сфера соціальних стосунків відповідно охоплює сукупність взаємодій з іншими людьми, в яких клієнтові важливо не лише мати значущі для себе зв'язки, але й бути значущим для інших [7].

Власне, значущість (meaningfulness) є стрижневою характеристикою, основою, на якій вибудовується процес відновлення. Не так важливо, що саме становить визначальну цінність для клієнта – робота, релігія чи захоплення – головне, що ця сфера пов'язана з особистісними цінностями.

Щоб збагнути сутність розуміючого підходу, слід усвідомити різницю між відновленням і лікуванням.

Вилікування передбачає повернення до минулої ситуації, тієї, що передувє стану хвороби. Однак для багатьох людей життя змінюється безповоротно. Відновлення є передусім індивідуальним процесом "зцілення": навчитися жити в хворобі та/або неспроможності й з їхніми наслідками – стигматизацією, професійним цинізмом фахівців, які радять уникати стресу та перевантажень (тоді як реальне життя включає стрес, хвилювання та виклики, навіть, якщо це стосується людини, хворої на шизофренію або аутизм). Саме тому туга і сум за втраченим стають неодмінною складовою про-

цесу відновлення, при цьому важливо, щоб цей стан не плутали із симптомами психічної хвороби.

Розробники моделі визначають трьома основними вимірами відновлення: **відносини, дії** (послуги) та **час**. Основними напрямками діяльності є:

- виконання побажань і цілей, що стосуються якості життя;
- робота з уразливістю та посиленням сильних сторін;
- отримання доступу до бажаного середовища та максимізація якості життя, життєвого простору та соціальних зв'язків[8].

Процес відновлення полягає в повторному віднаходженні (rediscovering) ідентичності та почуття значущості в житті, що часто ускладнюється впливом ролі клієнта/пацієнта. Д. Петрі називає цей процес "демаскуванням", викриттям "справжнього обличчя" особистості, ідентичності, в якій має бути місце і для вразливості. Саме цей шлях відкриття поступово веде до досягнення автономії. Опора на сильні сторони гарантує важливу підтримку в досягненні позитивного Я-образу та значущості себе для себе [9].

Робота з травматичним досвідом. Важливою частиною процесу відновлення є робота з травматичним досвідом і втратою. Дослідження підтверджують наявність зв'язку між психічним розладом, травмою та втраченою. Установлено, що 30 % психотичних епізодів, які завершуються госпіталізацією особи, є реактивними, тобто спричиненими життєвими подіями та переживаннями. Більше того, від шістдесяти до 90 % осіб, які пережили психотичний епізод, зазначали, що мали травматичний досвід у дитинстві. З'ясовано також, що переживання психозу і подальша госпіталізація спричинює посттравматичний стресовий розлад у 40 % пацієнтів [10].

Відповідно, травма, туга та втрата виявляються важливим предметом роботи з клієнтом не лише у випадку психічних розладів. І тут можна відзначити цікаве протиріччя: соціальні працівники знають із власної практики про процеси та симптоматику туги, тим не менш, на практиці багато симптомів тривалої туги не розпізнається.

Фактори відновлення. Фактори, які підвищують ефективність процесу відновлення, можна розділити на п'ять основних категорій:

1. Мотивація – рушійна сила відновлення, складовими мотивації можуть бути: надії, бажання та стремління. Зміст бажань є певною мірою діагностичним, оскільки вони можуть виявляти потреби (фіксація на зміні негативного аспекту свого життя), амбіції (орієнтація на досягнення – підвищення якості життя), або "пристрасть" (орієнтація на інтереси, творчість – підвищення якості життя).

2. Ідентичність – розвиток особистої ідентичності, що включає засоби конструювання життєвої історії клієнта та віднайдення сильних сторін і ресурсів.

3. Знання і навички, що включають здатності давати собі раду із власною неспроможністю, а також здатності до розвитку особистої автономії.

4. Статус і значущість: розвиток значущої активності, соціально-цінних ролей та позитивних стосунків.

5. Соціальна та матеріальна підтримка, що включає контакти з тими, хто має аналогічний травматичний досвід, забезпеченість житлом, роботою, професійний догляд і підтримку.

Відновлення, відповідно до підходу CArE, передбачає проходження клієнтом низки етапів (див. табл. 3) – фаз: стабілізація, реорієнтація та реінтеграція, у процесі якого відбувається поступова трансформація самовідчуття – від "переповненості неспроможністю", коли людина переживає тугу і печаль втрати можливостей та приймає обмеження теперішнього стану, відмовляючись від завищених очікувань, до "життя за межами неспроможності" через переосмислення нового досвіду, формування нової ідентичності, створення (разом із фахівцем) особистої історії відновлення і віднаходження смислу, сили та засобів жити в новій ситуації [11].

Таблиця 3

Фази процесу відновлення		
Переповненість неспроможністю	Боротьба з неспроможністю та її наслідками	Життя за межами неспроможності
СТАБІЛІЗАЦІЯ	РЕОРІЄНТАЦІЯ	РЕІНТЕГРАЦІЯ
Досягнення контролю та рівноваги	<ul style="list-style-type: none"> • Дослідження власної вразливості в новому стані. • Вироблення досвіду, пошук ідентичності та смислів • Створення особистої історії відновлення 	<ul style="list-style-type: none"> • Отримання сили та здатності давати раду з власною вразливістю. • Залучення до значущої активності, стосунків, ролей. • Уявляти бажану ситуацію у термінах життя, роботи, навчання та рекреації

Цей процес не є лінійним, натомість, траєкторія руху більше нагадує спіраль: "зльоти і падіння", повернення на кілька кроків і знову рух уперед.

Ефективність процесу відновлення багато в чому залежить від компетентності фахівця, де визначальне місце належить "присутності". На відміну від професійних установок, що наголошують на межах у взаємодії, розуміючий підхід націлений на їхнє "збагачення".

Присутність є фундаментальною установкою соціального відновлення та розуміється у кількох вимірах:

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

Спеціаліст із наснаження Patricia E. Deegan, яка, переживши травматичний досвід "неспроможності", стала практиком відновлення, зауважує: "мабуть, найважливішим для формування середовища відновлення є ставлення персоналу. Існує низка загальних службових інструкцій, які вочевидь не сприяють одужанню пацієнтів. Наприклад, занадто часто ставлення до персоналу відображає негласне припущення, що існує "світ ненормального" і "світ нормального". Завдання, яке стоїть перед персоналом, полягає в тому, щоб якийсь змусити людей у "ненормальному світі" вписатися в "нормальний світ". Це створює дихотомію "ми – вони", де, як очікується, "вони" (інваліди) можуть змінитись і зростати. Таке середовище стає пригноблюючим для людей, які намагаються досягти відновлення" [5].

Таким чином, фахівець, який працює в межах розуміючої моделі:

а) використовує професійну систему координат дозволено і обережно (ідеться про "діагнози", висновки та дії фахівця);

б) створює простір для підтримки розповіді клієнта;

в) визнає та заохочує орієнтацію особистості на її власні сили (наснаження);

г) визнає пріоритетність (авторитет) експертної позиції клієнта щодо його власного досвіду;

д) сприяє підтримці клієнта з боку значущих інших, визнаючи їх пріоритетним ресурсом;

е) сфокусований на полегшенні страждань і збільшенні особистого контролю/автономії.

Висновки. Особистісно-орієнтована парадигма в соціальній роботі та реабілітації пропонує розглядати клієнта цілісно – як людське буття, не виключаючи з професійного фокусу його соціальне середовище (умови життя) та мережу соціальних зв'язків. Зважаючи на той факт, що всі сфери життя взаємопов'язані, підтримка розповсюджується на всі соціальні ситуації життя, до яких включений клієнт з метою підвищення якості його життя.

Особистісно-орієнтований підхід є способом фінансового та організаційного забезпечення соціального сервісу, заснованого на виборі людиною бажаного способу життя в спільноті (громаді) за її власним вибором. Отже, це означає відмову від традиційних установок "підлаштовування" людей до існуючих можливостей сервісу, натомість – модифікацію і розвиток послуг відповідно до потреб і бажань клієнта. Цей підхід націлений на врахування ресурсів сервісів і громади для здійснення підтримки, вихід за межі "доступного сервісу".

Список використаних джерел

1. Hanga K. A person-centered approach in initial rehabilitation needs assessment: Experiences of persons with disabilities / K. Hanga, D. M. DiNitto, J. P. Wilken, L. Leppik // ALTER, European Journal of Disability Research, 2017. – V. 11. – № 4. – P. 251–266.
2. Witty M. C. Client-Centered Therapy / M. C. Witty // Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy. – 2007. – P. 35–50.
3. Morgan S. A Concept Analysis of Person-Centered Care / S. Morgan, L. Yoder // Journal of Holistic Nursing, 2011. – V. 30. – № 1. – P. 6–15.
4. McMillan S. S. Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials / S. S. McMillan, E. Kendall, A. Sav at all //

Medical Care Research and Review, 2013 /https://pdfs.semanticscholar.org/d47e/250526f018dc34b6217136ecaf6014389ab7.pdf

5. Deegan P. E. Recovery: The lived experience of rehabilitation / P. E. Deegan // Psychosocial Rehabilitation Journal. – 1988. – 11(4). – P. 11–19.

6. Smith M. L., Glass G. V., & Miller T. I. The benefits of psychotherapy / M. L. Smith, G. V. Glass, T. I. Miller. – Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1980.

7. Hollander D. D., Wilken J. P. Supporting Recovery and Inclusion. Working with the CARE Model. SWP Books Amsterdam, 2015. – 198 p.

8. Jacobson N., Greenley D. What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication / N. Jacobson, D. Greenley // Psychiatric Services, 2001. – № 52. – P. 482–485.

9. McCance T, McCormack B, Dewing J. An exploration of person-centredness in practice. Online J Issues Nurs 2011, 16(2).

10. Mead N., Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. Patient Educ Couns 2002; 48(1). – P. 51–61.

11. Wilken J. P. L. Recovering care: A contribution to a theory and practice of good care. Amsterdam: SWP., Doctoral Thesis, 2010.

Надійшла до редколегії 18.02.19
Рецензовано 27.02.19

A. Kuntsevskaya, PhD in social psychology,
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine
ORCID iD 0000-0002-0456-6234

MODELS OF SOCIAL RECOVERY WITHIN THE CONTEXT OF PERSONAL-ORIENTED PARADIGM

This paper analyzes main features of social recovery models, developed within the frameworks of Person-centered paradigm. Person-centeredness is an increasingly common public health and social care concept, that is used to describe a standard of care that ensures that the patient / client is at the center of care delivery. There is no single definition of person-centered care, rather we can find such terms as patient-centered, family-centered, user-centered, individualized. But irrespective of the terms used, a lot of research has looked at what matters to patients and how to provide personalized care to ensure that people have a good experience.

Person-centered recovery depends on a number of aspects, in particular: the values of people and placing people at the center of care, taking into account the desires of people and the needs they have chosen, ensuring that people are emotionally comfortable and secure with family and friends, ensuring that people have access to the appropriate care they need, when and where they need to ensure that people receive all the care they need.

Main principles of person-centered approach are: recognizing dignity, giving respect and compassion to service users and providers; collaboration with the individual, their family and staff in care planning and assessment; enabling systems and services to help people recognize and build on their own strengths, preferences and objectives in order to realize their full potential.

One of the strongest and most methodologically grounded models built in the person-oriented framework is the Comprehensive Rehabilitation Approach (CARE), developed by Dirk den Hollander and Jean Pierre Wilken. The model is based on psychological rehabilitation, recovery and empowerment principles, and is intended to support individuals in their personal development. CARE works with the client in three domains: meeting quality of life wishes and objectives; overcoming insecurity and increasing strength; gaining access to ideal environments and optimizing the quality of life of living environments and social networks.

Keywords: recovery, social rehabilitation, quality of life, personal-oriented approach, person-centeredness; patient-centeredness; CARE model.

A. Кунцевская, канд. психол. наук, доц.
Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко, Киев, Украина
ORCID iD 0000-0002-0456-6234

МОДЕЛИ СОЦИАЛЬНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПАРАДИГМЫ

Представлен обзор личностно-ориентированной парадигмы в социальной работе (клиническая практика и восстановление). Рассмотрены определяющие принципы построения личностно-ориентированной практики: целостная (холистический подход) опека; индивидуализированная помощь; забота с уважением и расширение возможностей. Личностно-ориентированная социальная работа отказывается от подхода, где специалист решает, что именно является лучшим для клиента (пациента) и признает центром ухода и поддержки личность, выступает экспертом собственной ситуации и пережитого опыта.

Проанализированы модель CARE (понимающий подход к восстановлению), разработанную в рамках данной парадигмы и ее базовые методологические категории измерения качества жизни, жизненное пространство, фазы и факторы процесса восстановления.

Ключевые слова: восстановление, реабилитация, качество жизни, личностно-ориентированная парадигма, клиент-центрированность, понимающий подход.