

Олег Романчук: «Творцями стандартів мають бути фахові асоціації,



Реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні неможливе без розвитку ефективної, фахової, компетентної, доступної психотерапевтичної допомоги людям будь-якого віку і статку. Її результативність визначається насамперед якістю підготовки фахівців у тому чи іншому психотерапевтичному напрямі. Програма з підготовки психотерапевта має бути строго спеціалізованою, відповідати вимогам певного психотерапевтичного методу і регулюватися стандартами відповідних фахових спільнот.

Про те, що варто змінити в психотерапевтичній освіті та регуляції практики, для чого потрібна акредитація

і яка роль психотерапевтичних товариств, ми поговоримо з директором Інституту психічного здоров'я УКУ та Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії, членом робочої групи МОЗ із питань розробки Національної програми розвитку системи охорони психічного здоров'я, лікарем-психотерапевтом **Олегом Романчуком**.

— **Пане Олеже, сьогодні МОЗ України пропонує низку реформ у галузі медицини. Які зміни заплановані саме у сфері охорони психічного здоров'я?**

— Мене дуже тішить той факт, що Міністерство визначило реформу у сфері охорони психічного здоров'я однією з ключових. Це вкрай важливий крок. Однак він потребує кропіткої праці, щоб наблизити нашу систему до сучасних світових стандартів. Але, як кажуть, прагнення без плану – це лише мрія. Тому наступний вагомий крок – розробка Національної програми охорони психічного здоров'я до 2025 року з супутнім планом дій, яка передбачає багато компонентів і змін у різних аспектах: просвітницька робота, законодавча регуляція, реформа системи фінансування. Одне із завдань програми – створити такі умови, які б збільшили доступність ефективної психотерапевтичної допомоги населенню. Важливо розвинути гнучку, цілісну, багаторівневу систему послуг, максимально деінституалізувати та перенести їх у громаду, розвинути амбулаторні мультидисциплінарні програми опіки психічним здоров'ям, зміцнити роль фахівців первинної ланки, сприяти розвитку програм превентивних та раннього втручання.

Особливу увагу варто звернути на якість освіти фахівців, забезпечити застосування доказових практик як у фармакотерапії, так і у психосоціальних втручаннях. Сферу охорони психічного здоров'я треба винести за межі медицини

і психіатрії, адже це галузь, яка «стосується кожного». Не менш значущим є розвиток цільових програм опіки психічним здоров'ям дітей та підлітків, людей літнього віку, осіб, які є у конфлікті із законом та інших сферах¹.

— **На Вашу думку, яка ситуація з наданням психотерапевтичної допомоги населенню в Україні? Які є досягнення і в чому полягають труднощі?**

— Незважаючи на певні проблеми, в Україні у сфері розвитку психотерапії досить багато і досягнень. Це, перш за все, заслуга фахових товариств, які впродовж останніх років намагаються наблизити підходи психотерапевтичної освіти до міжнародних стандартів. Деякі з них є доволі сильними і мають історію реалізації успішних проектів, якими ми, справді, можемо пишатися. Налічуємо не один десяток фахівців, підготовлених за західними стандартами освіти у певному психотерапевтичному напрямі. Крім цього, існує низка успішних соціальних проектів та ініціатив надання психотерапевтичної допомоги потерпілим від війни на сході України, зокрема у сфері лікування посттравматичного стресового розладу.

Утім, на рівні державної регуляції де-факто є багато архаїзму. Згідно з державним стандартом, офіційно психотерапевтичну допомогу можуть надавати лише лікарі-психотерапевти, а це не відповідає міжнародній практиці,

¹ Із проектом зазначеної концепції можна детальніше ознайомитися на сайті МОЗ: http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20170503_0

психотерапевтичної освіти і практики а не держава»

де більшість таких послуг надають саме психологи, соціальні працівники та інші фахівці. Державний стандарт підготовки лікаря-психотерапевта також дуже далекий від новітніх підходів. Такого фахівця у нашій державі вчать «усього по трохи», коли у сучасному світі освіта психотерапевта є спеціалізованою, відповідає вимогам того чи іншого психотерапевтичного методу, регулюється стандартами відповідних спільнот і реалізується акредитованими супервізорами. Сьогодні в Україні дуже складно забезпечити якісну психотерапевтичну допомогу в межах державних установ; немає належної підготовки фахівців у царині психотерапії з дітьми і підлітками. Психотерапевтичні послуги надаються переважно за допомогою приватної практики, але не всі люди спроможні її оплатити – тож забезпечення доступності є також великою проблемою.

— **Які, на Ваш погляд, необхідні рішення та перші кроки для ефективного реформування? Чи є одностайне бачення проблеми в професійній спільноті?**

— Загалом ми маємо консенсус провідних фахових психотерапевтичних товариств у ключових поглядах на реформи цієї сфери. Це відображено в ухваленій Декларації «Психотерапія в Україні»². Хочу звернути увагу на кілька найголовніших пропонуваніх реформ і кроків. Так, психотерапевтична допомога має надаватися у вигляді спеціалізованих інтервенцій, відповідно до емпірично обґрунтованих рекомендацій лікування того чи іншого розладу.

Важливо розвинути гнучку, цілісну, багаторівневу систему послуг, максимально деінституалізувати та перенести їх у громаду, розвинути амбулаторні мультидисциплінарні програми опіки психічним здоров'ям, зміцнити роль фахівців первинної ланки, сприяти розвитку програм превентивних та раннього втручання.

Вона може здійснюватися фахівцями різних спеціальностей у сфері охорони психічного здоров'я за умови наявності відповідної освіти, підтверженої акредитацією у тому чи іншому методі. Спеціальні національні товариства, які є членами визнаних міжнародних відповідних спільнот, мають відповідати за визначення освітніх компетентностей і вимог у тому чи іншому методі та за акредитацію навчальних програм і спеціалістів. Освіту фахівців слід здійснювати за акредитованими навчальними програмами і, звісно, реалізовувати акредитованими у відповідних методах викладачами і супервізорами. Протоколи допомоги мають регулювати застосування специфічних психотерапевтичних методів щодо того чи іншого розладу.

А національній страховій системі належить покривати і забезпечувати доступність психотерапевтичної допомоги відповідно до регуляції протоколів. Такі інтервенції необхідно проводити у межах прийнятих етичних принципів.

— **Загалом у суспільстві спостерігається низький рівень довіри до психотерапевтичної допомоги. Її часто вважають марною витратою коштів і часу, мало не шарлатанством. Як подолати таке сприйняття психотерапії та збільшити довіру до неї?**

— Насамперед треба визнати, що такий рівень довіри до психотерапії частково зумовлений, власне, проблемою якості психотерапевтичної освіти і її нерегульованістю.

Я є членом кількох фахових товариств, кожне з яких прагне розвивати і захищати якість освіти і практики свого методу в Україні. Але це дуже непросто. Можу розповісти цілу низку історій, які можуть допомогти зрозуміти, чому маємо такі проблеми з довірою. Для прикладу, метод десенсибілізації травми рухом очей (EMDR) – це дуже ефективна методика лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), вона включена до всіх основних міжнародних протоколів лікування ПТСР поряд із методом травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії як метод першого вибору.

Опанувати його можуть фахівці, які мають загальну базову психотерапевтичну освіту в одному з основних психотерапевтичних підходів (наприклад КПТ, психодинамічна терапія та ін.).

Навчання EMDR орієнтовно триває півтора–два роки. Це близько шести триденних семінарів, супервізій, практичних навичок та лікування пацієнтів із прямим оцінюванням компетентностей терапевта щодо застосування вказаної техніки (тобто на підставі спостереження за сесією чи оцінки відеозапису). Послуги можна надавати виключно після відповідної акредитації в методі.

А втім, уже кілька років поспіль на запрошення наших же українських фахівців в Україні «гастролює» професор із сусідньої країни (пострадянського простору) і «навчає» цієї методики за три дні! До того ж реклама його доволі дорогих семінарів приміром звучить так: «Ще ніколи лікування травми не було таким легким і простим! Прийдіть і за три дні оволодійте сучасним ефективним психотерапевтичним підходом!». Наші чисельні листи до українських організаторів цих навчань із наполегливим проханням

... психотерапевтична допомога має надаватися у вигляді спеціалізованих інтервенцій відповідно до емпірично обґрунтованих рекомендацій лікування того чи іншого розладу.

² Із текстом ухвалені Декларації можна ознайомитися на сайті Українського інституту КПТ: <http://i-cbt.org.ua/>

не проводити таких семінарів призвели лише до того, що з назви заходу прибрали словосполучення «метод EMDR», натомість замінили на «авторський метод на основі EMDR». Підготовка фахівців до роботи з ПТСР неакредитованим викладачем за три дні, без жодної супервізії – це те саме, що готувати нейрохірургів із першокурсників медичних університетів на основі тижневого лекційного модуля горезвісним «професором ПІ». Це не тільки вкрай неетично і небезпечно, а й дискредитує ефективну методику та руйнує довіру громади до фахівців сфери охорони психічного здоров'я. Крім цього, є можливість повторної травматизації особи з ПТСР, декомпенсації її психічного стану. І зрештою, це і негативний досвід для фахівця, який почуватиме себе поганим психотерапевтом та може піти з цієї сфери. Ще один момент, на який варто звернути увагу, це те, що здебільшого психотерапію вважають безпечною і такою, що немає побічних дій. Насправді це не так. Неякісна, неефективна психотерапія – це деморалізація пацієнта та психотерапевта, а також втрата довіри до можливостей психотерапевтичної допомоги. Після негативного досвіду пацієнт із ПТСР, для якого це було основним шляхом зцілення, може розчаруватися у психотерапії як такій. Тому треба ухвалювати відповідні регуляторні зміни, які приведуть до якісної підготовки спеціалістів на основі міжнародних стандартів. А кваліфіковані ефективні послуги формуватимуть довіру. Звісно, важливе і просвітництво в громаді та фаховому середовищі, поширення сучасних знань.

Мусимо визнати, що доволі часто навіть серед фахівців рівень довіри не є високим. Пригадую, я проводив конкурс на посаду дитячого психіатра. Одна з кандидатів, яка мала відповідну кваліфікацію, – на моє запитання «Яке ваше ставлення до ролі психотерапевтичної допомоги дітям?» – відповідає щиро: «Я не вірю у психотерапію». І це не поодинокий випадок. Наприклад, дітей із розладом з дефіцитом уваги та гіперактивністю в Україні лікують ноотропними та нейрометаболічними препаратами, що не мають доказової бази. Вкрай рідко лікарі радять батькам такої дитини рекомендоване всіма протоколами навчання навичок керування поведінкою на основі поведінкової терапії. Ще один поширений приклад – це призначення антидепресантів особам із obsесивно-компульсивним розладом, з наступною безкінечною заміною одного

Неякісна, неефективна психотерапія – це деморалізація пацієнта та психотерапевта, а також втрата довіри до можливостей психотерапевтичної допомоги.

антидепресанту на інший через їхню недостатню ефективність. І це тоді, коли протоколи однозначно радять когнітивно-поведінкову терапію як перший метод допомоги при вказаному розладі або другий після неефективності фармакотерапії.

Куди скерувати пацієнтів за згаданими доказовими формами допомоги? Це питання стосується багатьох розладів. На жаль, сьогодні не всі можуть чітко відповісти, де є програми навчання керування поведінкою для батьків гіперактивних дітей? Скільки в Україні акредитованих когнітивно-поведінкових терапевтів? Це проблема доступності рекомендованих протоколів психосоціальних і, зокрема, психотерапевтичних втручань.

– **Пане Олеже, чи правомірним, на Вашу думку, є переконання, що всі методи психотерапії є однаково ефективними, просто працюють у дещо різний спосіб?**

– Сьогодні існує понад 300 психотерапевтичних методів. Попри низку спільних факторів впливу, вони різняться моделями пояснення психічних порушень та відповідними шляхами і прийомми терапії. Кожен із них, безумовно, є цінним. Завдяки такому різноманіттю підходів психотерапія може динамічно розвиватися і ставати все результативнішою. Але при лікуванні певного психічного розладу не всі методи є однаково ефективними. Ми живемо в епоху доказової медицини, і психотерапія як метод лікування психічних розладів також підпадає під емпіричні вивчення. Це мають бути дослідження із рандомізацією клієнтів, наявністю контрольної групи, відповідним статистичним аналізом тощо.

Ера таких наукових робіт лише починається. Ми маємо ще дуже мало відповідей на такі ключові питання, як: «Який метод результативніший при тому чи іншому розладі?», «За рахунок чого реалізується механізм його ефективності?», «Який прогноз?». Я не можу стверджувати однозначно щодо всіх методів, але якщо взяти хоча б когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), то лише щодо цього підходу ми маємо понад 600 рандомізованих контрольованих досліджень із результативності її застосування при різних порушеннях і близько 60 – щодо методу EMDR. Тож на підставі цієї, нехай і обмеженої, емпіричної бази сучасні протоколи можуть уже надавати певні рекомендації щодо того, який підхід застосовувати при тому чи іншому розладі.

Орієнтація на рекомендації відповідних протоколів – це етична вимога, адже будь-яка психотерапія має реалізуватися на основі згоди клієнта, що передбачає попереднє інформування про його розлад, і лікування, основане на даних доказової медицини. Із понад 300 психотерапевтичних підходів клієнт не має обирати на свій смак чи персональні переваги лікаря метод, який йому варто застосовувати.

Тому, попри критику доказового підходу в психотерапії та медицині загалом, ми мусимо визнати, що це єдиний шлях, який приведе до якісної, науково обґрунтованої психотерапії.

– **Як ці ідеї сприймають в українському фаховому середовищі, чи піддають їх критиці?**

– Загалом сприйняття позитивне. Більшість критики є вкрай конструктивною і коректною. Вважаю, ми можемо пишатися, що в процесі роботи над Національною програмою принаймні вдається налагоджувати діалог із фахівцями та готувати настанову співпраці, конструктивного діалогу, взаємної поваги. Звісно, доводиться чути різні критичні коментарі щодо доказовості і, зокрема, змісту протоколів. Але варто посилатися на дані сучасних досліджень і заохочувати до ретельного, неупередженого їх вивчення. У цьому аспекті передовим є молоде покоління фахівців, яке володіє іноземними мовами, читає сучасну міжнародну

Який би метод ми не практикували, усі ми є фахівцями сфери охорони психічного здоров'я. Головне завдання – надати клієнтові ефективну психотерапевтичну допомогу. Адже наші етичні цінності зобов'язують дбати насамперед про інтереси клієнта.

літературу. Дуже сподіваємося на те, що незабаром воно візьме на свої плечі реалізацію запланованих реформ.

— Якщо одні методи будуть внесені до протоколів, а інші – ні, одні оплачуватиме національна страхова медицина, а інші – ні, чи не стане це потенційно причиною конфлікту між різними напрямками психотерапії та фаховими спільнотами?

— Усі ми виграємо, якщо в Україні буде ефективна, сучасна, науково обґрунтована система охорони психічного здоров'я. Наша ідентичність має бути ширшою, ніж наш зв'язок із якимось методом психотерапії. Який би метод ми не практикували, усі ми є фахівцями сфери охорони психічного здоров'я. Головне завдання якої – надати клієнтові результативну психотерапевтичну допомогу. Адже наші етичні цінності зобов'язують дбати насамперед про інтереси клієнта. Якщо я, сімейний лікар, і мені треба призначити ліки пацієнту з пневмонією, то слід виписати йому антибіотик, рекомендований протоколом, а не розрекламований фармацевтичною компанією препарат без наукових досліджень його ефективності, за який фармфірма запропонує відсоток від вартості за його призначення.

До прикладу, у лікуванні обсессивно-компульсивного розладу чи соціальної фобії, або панічного розладу, немає доказів ефективності інших підходів, окрім когнітивно-поведінкової терапії (хоча можливо вони з'являться у майбутньому). Тож ми маємо застосувати і рекомендувати цей психотерапевтичний метод для таких порушень.

І в цьому немає бути жодної політики чи лобіювання інтересів якихось окремих методів чи фахових товариств, а лише етичний принцип турботи про клієнта, аналіз досліджень та науково обґрунтованих рекомендацій. Це стане великим стимулом до розвитку власне психотерапевтичних методів,

Психотерапевтичні методи і загалом форми психосоціальних втручань динамічно розвиваються. Якщо держава регулюватиме цю сферу, то ми будемо на десятиріччя відставати від цивілізованого світу.

до проведення доказових досліджень. Від цього виграють усі. Конкуренція між методами має бути не ворожнечею, а стимулом до розвитку та пошуку наукового підтвердження. Саме таке ставлення намагаємося плекати. У нас усіх, представників різних методів і підходів, є спільний знаменник – бажання надати ефективну, науково вмотивовану допомогу,

діяти на основі етичних стандартів. До речі, студентів наших навчальних програм ми запрошуємо бути «фанатами науки та якісної допомоги», а не методу. Виходити за його межі, цікавитися перспективами різних наукових підходів і вчень.

— Яка роль фахових асоціацій у регуляції якості психотерапевтичної освіти?

— Саме асоціації, пов'язані з міжнародними фаховими спільнотами, мають «авторські права» на той чи інший метод. Вони безпосередньо причетні до його розвитку, формування стандартів освіти, акредитації. Ні МОЗ, ні Міністерство освіти не можуть визначати ці процеси. Нам, дійсно, важливо делегувати таким спільнотам роль, яка належить їм за правом. Тож сподіваємося на те, що вдасться затвердити відповідні регуляторні документи, щоб асоціації були творцями стандартів

освіти та практики. Саме вони мають відповідати за акредитацію фахівців, супервізорів, за зміст навчальних програм. Це буде великим стимулом до розвитку таких товариств, фахової спільноти та громадянського суспільства загалом.

— Утім, чи не було б логічно, щоб певні загальні стандарти психотерапевтичної освіти затверджували саме державні структури?

— Це не працюватиме. Психотерапевтичні методи і загалом форми психосоціальних втручань динамічно розвиваються. Якщо держава регулюватиме цю сферу, то ми будемо на десятиріччя відставати від цивілізованого світу. Кожен метод має свою специфіку. Одними підходами можна опанувати в процесі відносно короткого періоду, а є високо-спеціалізовані (тривалі), які потребують багаторічного поглибленого навчання. Для прикладу, у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків є ефективна щодо поведінкових проблем дошкільнят модель «тренінг взаємодії батьки-діти» (РСІТ). Її можна засвоїти за короткий термін (під час кількох семінарів), які супроводжуються певною кількістю супервізій. І є цілісна широка освіта у когнітивно-поведінковій терапії, яка потребує кількох років інтенсивного навчання. Це питання має регулювати не держава, а фахові спільноти. Але, звісно, держава визначає стандарти базової фахової освіти – психолога, психіатра, медсестри. Методи психотерапевтичних і психосоціальних втручань – це вже додаткова спеціалізація для вказаних фахівців, регульована професійними спільнотами. В Україні вони є. Також є стандарти освіти, розроблені відповідними міжнародними фаховими організаціями.

Конкуренція між методами має бути не ворожнечею, а стимулом до розвитку та пошуку наукового підтвердження. Саме таке ставлення намагаємося плекати.

— Чи може нам допомогти у реалізації цих реформ міжнародний досвід?

— Так. Але тут головне дотримуватися балансу, бо з одного боку – важливо вивчати міжнародний досвід, а з іншого – варто враховувати специфіку нашої країни. Не все можна достеменно перенести. Це треба робити з великою мудрістю. Наразі є дуже цікаві напрацювання спеціалістів із Великої Британії щодо досвіду забезпечення доступності психосоціальних втручань. Їх економісти у галузі охорони здоров'я, проаналізувавши частку впливу психічних розладів на інвалідизацію населення та пов'язаних із цим соціальних виплат, змогли разом із працівниками сфери охорони психічного здоров'я переконати уряд в економічній доцільності виділення значних коштів на широкий національний проект підготовки фахівців із доказових форм психотерапевтичної допомоги, зокрема когнітивно-поведінкової терапії, інтерперсональної та низки інших. Загалом упродовж кількох років у рамках проекту підготували 3000 фахівців. Програму продовжили з огляду на її ефективність і на рівні амбулаторної допомоги в громаді особам із найпоширенішими психічними захворюваннями – депресією та тривожними розладами. Це дуже цінний досвід, і з цього проекту можна багато чого почерпнути.

— **Пане Олеже, Ви багато працюєте у сфері навчання фахівців, зокрема когнітивно-поведінкової терапії. З Вашої точки зору, як має виглядати сучасна освіта психотерапевтів?**

— Насамперед навчання психотерапевтів має базуватися як на якісній базовій підготовці фахівців у сфері охорони психічного здоров'я, так і на особистісній зрілості та загальних інтерперсональних навичках. Є загальноєвропейські стандарти, згідно з якими ми викладаємо в Українському інституті когнітивно-поведінкової терапії. Це стосується загальної кількості годин і змісту теорії, розвитку практичних навичок, супервізованої клінічної практики, процедур оцінювання. Утім, окрім кількісних вимог, дуже важливим є орієнтація на здобуття фахових компетентностей: проводити обстеження, формулювати розуміння клінічного випадку, будувати план терапії, застосовувати специфічні техніки та інше. Ключовою серед них є розвиток клінічного мислення – вміння використовувати теоретичні знання задля розуміння конкретного випадку, рефлексування, реалізування терапії відповідно до індивідуальних особливостей пацієнта. Зазначені навички оцінюють за допомогою спеціальних процедур – щонайменше два аудіозаписи реальних сесій. При цьому детальні описи двох випадків терапії мають здобути позитивну оцінку. Не менш важливим є «близьке» супервізування роботи терапевтів досвідченими супервізорами – ідеться

...навчання психотерапевтів має базуватися як на якісній базовій підготовці фахівців у сфері охорони психічного здоров'я, так і на особистісній зрілості та загальних інтерперсональних навичках.

про те, що як мінімум у восьми випадках загального обстеження, діагностичного формулювання, визначення плану терапії та його реалізації відбувається погодження із супервізором. Під час якого до уваги беруть не лише належне розуміння теорії і технік лікування, а й загальне вміння будувати стосунки з пацієнтами, практично застосовувати технічні

засоби, моніторити ефективність терапії і, звісно ж, клінічно, творчо мислити. Визначальними аспектами навчання є плекання особистої зрілості щодо учасників лікувального процесу, уміння розуміти та давати раду власним психологічним реакціям під час терапії та мати відповідну етичну чутливість. Для нас також вагомими навичками є вміння співпрацювати з колегами, діяти в команді, бути активним учасником і творцем професійної спільноти. Ми намагаємося розвинути у наших студентів важливі метанавички, які включають у себе також і реалізацію соціальних проєктів у сфері охорони психічного здоров'я, розвиток та менеджмент клінічних програм, уміння просвітництва та інші.

— **В Українському католицькому Університеті відкрили магістерську програму з клінічної психології з основами КПТ, у чому її специфіка?**

— Ми намагаємося йти західним шляхом підготовки психологів після отримання ними ступеня бакалавр. Важливий акцент у цій програмі робимо на розвитку специфічних компетентностей у клінічній психології – це загальні знання з психіатрії, нейробіології, навички обстеження, психоедукації, просвітництва, реалізації наукових досліджень. Крім цього, викладаємо кілька модулів базових навичок КПТ, але основні – це фундаментальні дисципліни з клінічної психології. Цього року ми вводимо ще один надважливий сучасний освітній проєкт – магістерську програму «Психічне здоров'я в організаціях».

Визначальними аспектами навчання є плекання особистої зрілості і уміння розуміти та давати раду власним психологічним реакціям під час терапії та мати відповідну етичну чутливість.

— **Усі ці ідеї та починання, зокрема щодо нескінченних реформ у медичній галузі, викликають у багатьох людей скепсис. Які, на Ваш погляд, шанси втілити задумане?**

— Це наша національна проблема, яка бере початок із спільного тоталітарного минулого, – страх брати на себе відповідальність і ставати активними творцями реформ у суспільстві. Безпечніше стояти осторонь, критикуючи всіх, і спостерігати, що з того вийде. Але у довготерміновій перспективі, якщо ми не зробимо кардинальних змін як загалом у системі охорони здоров'я, так і психічного зокрема, то це матиме дуже негативні наслідки для нас. Проблема психічного здоров'я в нашій країні має величезні масштаби: депресії і суїциди, зловживання алкоголем і наркотиками, посттравматичний стресовий розлад та ін. Її не можна розв'язати без системних змін. Так, ці реформи потребують коштів, але наша бездіяльність вартуватиме нам значно дорожче. До того ж за нас ніхто цих змін не зробить. Це наш час, наше суспільство, наше майбутнє і прийдешнє наших дітей. Частина, ми маємо можливість працювати, які б не були перешкоди. А вийде чи не вийде? Це питання не може бути на порядку денному. Таку систему треба і варто змінювати. І зробити це можна лише спільною працею, як казав трополит УГКЦ Андрей Шептицький, «тихою, невтомною щоденною працею». Тож треба просто разом мудро продумати ці реформи і втілювати їх у життя.

Підготувала Ірина Наумець

