**ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА В ГЕРИАТРИИ**

1. **Теоретические аспекты создания терапевтической среды**

Впервые термин «терапевтическая среда» в 40-х годах прошлого века употребил австрийский по происхождению психоаналитик Бруно Беттельхейм. Он осуществлял внедрение терапевтической среды, как одного из средств лечения/реабилитации детей с психической патологией, в частности, с синдромом аутизма. Вот выдержка из одной из его работы «Терапевтическая среда». «Я все время говорю о целостном терапевтическом окружении, но то, что мы делали, начиная работу в Ортогенической школе, тогда еще не имело своего названия. Когда я впервые решил написать об этом, мне пришлось найти термин, так же, как … в первой статье о разрушающих психику воздействиях концентрационный лагерей. Тогда я ввел термин экстремальная ситуация … В противоположность этому, мне показалось уместным назвать новое понятие ситуацией экстремального принятия или предельно доброжелательным окружением. Но поскольку целью наших усилий была терапия, я остановился на термине терапевтическая среда, имея в виду ситуацию, в которой все служит терапевтическим целям»(Беттельхейм Б. Терапевтическая среда //Эволюция психотерапии. Том 2. - пер. с англ. - М: Класс, 1998. - с. 11-26).

По свидетельствам современников, Беттельхейм добился определенных результатов на данном поприще, но его круг интересов не выходил непосредственно за пределы контекста психоанализа.

На территории России, в то время в СССР, впервые понятие терапевтическая среда было использовано в 1878 году одним из основоположников реабилитационного направления в советском здравоохранении, видным психиатром, академиком М.М.Кабановым. В его интерпретации оно означало создание в закрытых психиатрических учреждениях таких условий, которые бы максимально отвлекали пациента от больничной обстановки и создавали для него условия постоянной занятости.

Под термином терапевтическая среда в наиболее широком смысле мы понимаем ту часть окружающей среды, которая непосредственно или косвенно оказывает любое воздействие на различные аспекты сущности пациента, находящегося в медицинских и социальных учреждениях с целью осуществления мероприятий профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных, поддерживающих, а также наблюдения и ухода за ним. Такое определение уместно для объяснения терапевтической среды как системы взглядов, так как позволяет довольно четко очертить точку приложения создающих ее мероприятий.

Терапевтическая среда, таким образом, представляет собой искусственно созданные, максимально благоприятные условия, окружающие индивида, исключающие воздействия потенциально неблагоприятных факторов при его пребывании в стационарных учреждениях.

Создание такой терапевтической среды является крайне необходимым для любого пожилого человека, у которого имеются ограничения в контактах с внешним миром. При этом главная цель такой среды – формирование вокруг пожилых атмосферы востребованности и заинтересованности. Такая среда должна активировать лиц пожилого и старческого возраста, побуждать их к организации своего времени. Примером действующей терапевтической среды может быть организация пребывания пациентов в «Доме для пожилых» в пражском районе Малешице, с коллективом которого авторов монографии связывает долгое научное сотрудничество и крепкая дружба. Элементы терапевтической среды включают в себя:

- организацию на территории «Дома для пожилых», представляющего собой полузакрытое стационарное учреждение, сети небольших кафе, магазинчиков для постояльцев;

- возможность оформления палат собственной мебелью, предметами быта;

- организация выставок картин, концертов, праздников для пожилых людей – постояльцев; выпуск ежемесячной газеты с работами жителей дома (стихи, поздравления, художественные миниатюры и пр.);

- возможность пользоваться не только больничной столовой, но и готовить пищу самостоятельно в специально отведенных местах;

- возможность пользоваться Интернетом для тех пожилых пациентов, у которых дети или родственники находятся далеко;

- рациональное размещение наглядной информации, стендов, рассчитанное на сниженные когнитивные способности пожилого человека;

- дополнением в функциональные обязанности сотрудников пункта, согласно которому за каждым сотрудников закреплено 2 – 3 пожилых пациента, с которым они должны наладить дружеские отношения, выяснять желания, поддерживать разговор и пр.

- проведение посильной для пожилого эрго- и трудотерапии с последующей благотворительной продажей изделий, изготовленных постояльцами дома.

В рамках терапевтической среды на сегодняшний день разрабатываются следующие направления:

1. Создание максимально благоприятной обстановки пребывания пациентов (клиентов) дома престарелых, реализация которой включает в себя следующие пункты:

а) создание приятного, успокаивающего интерьера. Цветовая гамма стен и мебели должна быть выбрана в спокойных теплых тонах. Дизайн предметов мебели и интерьера не должен быть резким, «кричащим».

б) создание комфортной и понятной среды для пожилого пациента (клиента). Она заключается в следующем. В доме престарелых важным является создание простой для восприятия и понимания системы указателей:

* информационные указатели направления расположения помещений, переходов, блоков и пр.;
* разукрашивание дверей основных функциональных помещений (туалет, ванная, столовая и пр.) в яркие цвета. Притом каждому классу помещений соответствует определенный цвет. Здесь же – оформление пола в виде дорожек цветов, соответствующих помещению, к которому они ведут;
* оформление всевозможных надписей (на бейджах персонала, указателях и пр.) максимально крупным, легко читаемым шрифтом.
* организация стендов с фотографиями всех сотрудников и с подписью фамилии, имени и отчества, занимаемой должности на каждом этаже;
* размещение фотографии сотрудников и подписью фамилии, имени и отчества, должности на двери их кабинетов.

Для реализации данной позиции важным является создание системы понятной ранговости персонала которая заключается в том, что персонал каждой иерархической ниши (младший, средний, старший медицинский, технический персонал, администрация и пр.) должен строго носить униформу цвета, определенного для данной группы.

Наконец, важным представляется внесение элемента креативности:

* + придумывание, силами и с учетом пожеланий пациентов (клиентов), названий палат, коридоров, функциональных комнат (например, палата – «улица Цветочная», коридор – «проспект Славы»);
  + тематическое оформление помещений, исходя из придуманных названий;
  + внесение выдуманных названий в систему информационных указателей.

в) создание так называемой свободной, безбарьерной в широком смысле слова среды обитания:

* возможность выбирать блюда в столовой из меню.
* возможность пользоваться не только больничной столовой, но и готовить пищу самостоятельно в специально отведенных местах и пр.
* организация на территории учреждения сети небольших кафе, маленьких магазинов для постояльцев.
* организация выставок картин, концертов, праздников для постояльцев и/или силами самих постояльцев.
* периодический выпуск газеты с работами жителей дома (стихами, рисунками, поздравлениями и пр.).
* возможность беспрепятственно пользоваться телефоном и Интернетом.
* свобода пространственного перемещения по территории учреждения в соответствие с принципом «Нет закрытых зон для пациентов (клиентов)».
* возможность по желанию временно отлучаться с территории дома престарелых (при отсутствии выраженной деменции, расстройств сознания и памяти).

г) внесение элемента привычной, «домашней» обстановки:

* возможность предоставления двухместных палат для обособленного проживания пожилых пар.
* возможности оформления палат собственной мебелью постояльцев.

д) уход от классической больничной атрибутики:

* замена терминологии «больной», «пациент» на «постоялец», «жилец», «клиент»; «палата» на «комната» и пр.
* замена цветовой гаммы униформы персонала из классических цветов (белого, зеленого, синего) в иные.
* оформление интерьера, отличного от больничного: отказ от белых стен, выложенных плиткой, решеток на окнах и пр.
* уменьшение дистанции между постояльцами и персоналом. Возможно, чтобы в функциональные обязанности каждого работника непосредственно входила дружба 1-2 клиентами, заключающаяся налаживании таких отношений, совместных прогулках, беседах, помощи и поддержке пожилого человека.

е) исключение/нивелирование потенциально неблагоприятных, вредоносных и опасных факторов среды.

Больничная среда является источником многих опасностей для человека с ограниченными возможностями и пожилого. Одни факторы являются неспецифично потенциально опасными, т.е. опасными для всех (например, натертые до скольжения полы). Иные являются специфичными для определенных состояний человека и обстоятельств среды (например, острые углы мебели при синдроме падения). Таким образом, ставится задача трансформировать такие опасные моменты в малоопасные или вовсе их удалить.

2. Активное воздействие на субъекта. В данном контексте могут быть реализованы следующие позиции.

а) психотерапия– это система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека. Арсенал ее методов простирается от психоанализа до нейролингвистического программирования и настолько широк, что нецелесообразно даже пытаться перечислить все направления. Приемы каждого подхода описаны в соответствующих руководствах. Каждой школой психотерапии активно проводятся тренинги по обучению навыкам. Психотерапией, в полном смысле, имеет право заниматься сертифицированный врач-психотерапевт либо клинический психолог. Частными же элементами психотерапевтического воздействия может овладеть при желании и неспециалист в данной области.

б) терапия творческим самовыражением (по М. Е. Бурно): создание творческих произведений (проза, поэзия, фотография, графика, живопись); создание произведений научных и технических; чтение литературных произведений (поэзия, проза, драматургия); просмотр живописных полотен; прослушивание музыкальных произведений; научное творчество; творческое общение с природой; проникновенно-творческое погружение в прошлое; творческое коллекционирование; ведение дневника и записных книжек; переписка с персоналом; творческий поиск одухотворенности в повседневном.

в) релаксационные методики: прогрессивная релаксация (аутотренинг); ароматерапия; светотерапия; массаж.

г) применение метода биологически обратной связи – технология, которая с помощью компьютерной техники предъявляет субъекту информацию о состоянии и изменении тех или иных собственных физиологических процессов. Включает в себя исследовательские, лечебные, профилактические и физиологические процедуры. Позволяет развить навыки саморегуляции психофизиологических механизмов за счет тренировки и повышения лабильности регуляторных механизмов. В функцию приборов последней генерации (например, «Реакор») входит придание процессу тренировки видимости игры.

д) терапия произведениями живописи - непосредственно разрабатываемое в нашем исследовании направление. Основывается на гипотезе о том, что просмотр художественных картин (как активный, так и пассивный) может вызывать изменения в психофизиологическом состоянии человека – положительные и отрицательные.

е) музыкотерапия осуществляет благотворное воздействие на различные психофизиологические сферы человека (сердцебиение, дыхание, эмоциональную, когнитивную, двигательную и пр.) посредством специально подобранных музыкальных композиций, выстроенных в определенной последовательности. Рекомендуется использовать профессиональные подборки музыки, служащие различным целям.

ж) эрготерапия. По сути, это междисциплинарная область медицинских знаний, основывающийся на фактах, что целенаправленная, имеющая для человека значение, деятельность помогает улучшить его функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные и психические). На фоне применения эрготерапии происходит активация когнитивных процессов посредством их тренировки (тренингов памяти и внимания); активное получение новой информации в виде чтения, активного прослушивания аудиокниг, целенаправленного просмотра фильма, при этом просмотр телепередач не сопровождается активацией в силу инертности данного вида деятельности.

Так же при занятиях эрготерапией происходит обучение новым навыкам: посильное освоение профессиональных навыков; освоение пользования персональным компьютером; освоение пользования сетью Интернет; освоение пользования сотовым телефоном.

В плане создания терапевтической среды в доме престарелых огромное значение имеет трудовая реализация.

Организация при стационаре мини-производства по изготовлению технологически простых изделий дает возможность посильно задействовать желающих пациентов (клиентов). Изделия могут быть впоследствии реализованы. Таким образом, во-первых, организуется *деятельность* клиента. Во-вторых, формируется его *занятость*. В-третьих, возникает чувство собственной «реализованости», «нужности».

Для успешного внедрения такого метода терапевтической среды как эрготерапия необходимы предварительные и параллельные занятия лечебной физкультурой, которая позволит повысить степень тренированности и двигательной активности.

Сходным с терапевтической средой по принципу, но более узким по смыслу является термин терапия окружающей средой.

Это форма психотерапии, предполагающая гуманистический подход к нахождению в стационарном учреждении, основанная на представлениях о том, что учреждения могут помочь пациентам выздороветь, создав климат, способствующий самоуважению, индивидуальной ответственности и осмысленной деятельности. На практике его реализация заключается в том, что пациенты объединяются в группы около 30 человек на срок от 9 до 18 месяцев. За это время пациентам предоставляется психологическая поддержка в виде наложения на них некоторой доли ответственности за себя и других пациентов в пределах блока. Считается, что данный метод дает результаты в лечении таких заболеваний, как расстройство личности и проблемы поведения.

Не вызывает сомнений то, что все усилия врачей по сохранению функциональной активности в пожилом возрасте могут оказаться тщетными без поддержки социальной среды, в которой постоянно находится их пациент. Часто мы недостаточно представляем настроения пожилого человека, ту своеобразную субкультуру, в которой он находится. В этой связи несомненный интерес представляют художественные произведения, написанные пожилыми людьми, которые помогают вникнуть в мир их переживаний. К таковым можно отнести «Дневник пожилой дамы» чешской журналистки и социолога Йиржины Шикловой, которая вышла в пражском издательстве «Kalich» в 2008 году.

В обсуждаемой книге автор делает попытку осознать себя и свое место в окружающем мире при наступлении старости. Например, усилиям по «тренировке» памяти, которые заключаются в ежедневном чтении статей, заучивании цитат на память, освоении мобильного телефона, Интернета. Любопытны взаимоотношения героини книги с собственными детьми, которая не приемлет «уход за ней, как за больной». Автор много рассуждает о смерти, противопоставляя свою точку зрения состоявшегося человека позиции детей и внуков, у которых еще многое впереди. Старость рассматривает с точки зрения нескольких характерологических типов – «пожилой зрелый человек» с позитивным оптимистичным взглядом на вещи и активной жизненной позицией»; «кресло-качалка» - пожилой человек на пенсии, отдыхающий от жизненных проблем без желания активной деятельности; «человек в параличе» - когда сформирован страх стать обузой и на первый план выступает забота о собственном здоровье; «враждебный» тип – капризные, придирчивые и пессимистичные пожилые люди.

С нашей точки зрения, внедрение в практическую деятельность социальных учреждений стационарного типа описанных выше принципов терапевтической среды является перспективным, требует всестороннего изучения и последующего внедрения.

1. **Собственный опыт внедрения терапевтической среды**

Исследование моделей терапевтической среды осуществляется нами на трех площадках в системе учреждений социальной защиты Белгородской области:

1. Борисовский психоневрологический интернат № 1 (БПНИ № 1) (п. Борисовка, Борисовский район Белгородской области).

2. Шебекинский интернат для престарелых и инвалидов (г. Шебекино, Шебекинский район Белгородской области).

3. Новооскольский дом-интернат для престарелых и инвалидов (г. Новый Оскол, Новооскольский район Белгородской области).

Эксперимент длился 10 недель (5 дней в неделю), при этом нами были отобраны 17 клиентов со средним реабилитационным потенциалом, которые были разделены на 2 группы.

Для клиентов первой группы была разработана и проводились программа из 5 тренингов для развития когнитивных функций (памяти, внимания) по расписанию: 1 тренинг по 20 минут дважды в день. Тренинги ежедневно чередовались. Результаты каждого клиента заносились в учетные формы. В итоге - 4 из 5 тренингов показали свою состоятельность и эффективность в развитии функций высшей нервной деятельности, 1 - потребовал дальнейшей доработки.

Клиенты другой группы ежедневно просматривали альбомы с уменьшенными репродукциями художественных картин (свободная выборка) по 2 раза в день. Они отмечали субъективно приятные и неприятные картины. На основании подсчета данных был выделен ряд художественных работ, подходящих и не подходящих для экспозиции в условиях экспериментального отделения. Также были выявлены некоторые закономерности предпочтительности экспозиции определенных картин в зависимости от фазы лунного цикла, времени суток и погодных условий. Непосредственно с учетом данных результатов будет сопряжено оформление пробного отделения в будущем.

Особое значение приобретает регистрация изменений в состоянии постояльцев, так как она должна проводиться как можно чаще. Бланки должны быть скомпилированы таким образом, чтобы максимум информации заносился в минимальное количество учетной документации. Также учитываемые параметры должны быть легко определяемы и измеряемы.

Для наблюдения за динамикой психофизиологических параметров нами предложена комплексная шкала оценки психофизиологического состояния ДДТП-СНАПТ (Дыхание, Давление, Температура, Пульс – Сон, Настроение, Аппетит, Поведение, Труд).

По окончании исследования у отобранных в исследование клиентов было отмечено улучшение эмоционального фона, памяти, внимания, уменьшение агрессивных тенденций и общее снижение медикаментозной нагрузки на них.

Таким образом, внедрение элементов терапевтической среды в деятельность БПНИ №1 уже на первом этапе показало свою эффективность. Далее нами планируется организация непосредственно экспериментального отделения с полномасштабной терапевтической средой на территории БПНИ №1. Было выбрано непосредственно место проведения, цветовая гамма отделения, отбирается контингент клиентов. Будут изготовлены и вывешены увеличенные репродукций отобранных картин; разработаны и внедрены системы указателей и бейджей, проведены мероприятия по снижению риска травматизма в отделении, организации досуга и быта клиентов и пр.

1. **Проблемы, возникающие при организации терапевтической среды**

При всей своей, на первый взгляд, простоте, организация терапевтической среды содержит массу тонкостей, притом как в рамках одной специальности, так и междисциплинарных. Именно поэтому разработку и внедрение терапевтической среды целесообразно осуществлять лишь общими усилиями психологов, медицинских и социальных работников. В противном случае в итоге получается, как правило, односторонние нежизнеспособные организационные меры, которые требуют основательной коррекции либо полной переработки.

Как показал наш опыт, некоторые аспекты, которые могут показаться исследователю весьма проблематичными, практически же вовсе не вызывают затруднений. С другой стороны, при реализации терапевтической среды непосредственно на практике, проблемы возникают в тех аспектах, которые часто трудно либо не представляется возможным предусмотреть заранее.

Какие именно практические сложности могут встречаться при внедрении терапевтической среды? Их можно разделить на следующие группы.

1. *Проблемы планирования работ по созданию терапевтической среды*. На данном этапе могут иметь место следующие проблемы.

а) недоучет факторов реализации на месте. Некоторые теоретические модели оказываются неприменимыми или малоприменимыми на этапе исполнения. Необходимо привлечение непосредственных исполнителей (медперсонала) к разработке программ терапевтической среды.

б) недоучет некоторых психологических аспектов медицинского персонала и социальных работников. Недоучет таких факторов (например, истощаемость внимания) может привести к неадекватной постановке целей и выбору методов. Следует привлекать клинических психологов к разработке программ терапевтической среды.

в) недоучет состояния здоровья и психологической сферы пациентов (клиентов). Так, например, в одной из анкет мы предлагали каждому испытуемому оценить свое настроение в 10-бальной шкале. Это не что иное, как оперирование абстрактными понятиями. Такая задача становится трудновыполнимой или невыполнимой для пациента со слабоумием. Не исключена также возможность резкого отказа от участия в проекте, полного или в течение нескольких дней, вследствие лабильности или амбивалентности эмоциональной сферы. Такой фактор чаще невозможно предугадать заранее. Путями решения являются детальная методологическая проработка программ терапевтической среды и тщательный подбор сравнительно однородных групп клиентов.

2. *Проблемы реализации*:

а) частичная реализация. Проблема основана на ошибочном принципе «всего понемногу». Например, в рамках ухода от больничной обстановки, производится, в том числе, переодевание персонала во внебольничную одежду. Легко можно спрогнозировать ситуацию, когда персонал под разными предлогами (забывчивость, практичность и пр.) будет избегать таких новшеств и периодически надевать привычную форму. В рамках терапевтической среды важно исключить у пациентов (клиентов) больничные ассоциации, однако, достаточно буквально одного человека в белом халате, чтобы все наши усилия оказались тщетными.

В плане эффективности внедрения терапевтической среды важно соблюдать принципы последовательности и обстоятельности. Если ресурсы ограничены, не следует пытаться охватить все и сразу. Вначале берется один аспект (например, уход от больничной обстановки), тщательно и полностью прорабатывается, внедряется, дорабатывается. Затем последовательно также – другой аспект (например, создание «понятной» среды), и так далее. Таким образом, лучше иметь в результате один полностью эффективно работающий аспект, нежели все, но ни один из которых не функционирует в должной мере.

б) регламент пространственно-функционального устройства учреждения. Например, согласно нормам пожарной безопасности стены отделения, где пациенты (клиенты) проводят большую часть времени, выложены белой плиткой. Это не соответствовало принципу ухода от больничной обстановки. Белая плитка волей-неволей будет вызывать подобные ассоциации. Таким образом, эффективность всего принципа ставится под сомнение. Необходим поиск «золотой середины» между новшествами терапевтической среды и «жизненно необходимым» минимумом прежнего пространственно-функционального устройства учреждения.

в) временной распорядок учреждения. Важно составить распорядок деятельности учреждения таким образом, чтобы пациент (клиент) мог принимать участие во всех мероприятиях занятости, которая предъявляет к нему терапевтическая среды.

г) различное понимание способов и средств терапевтической среды. Надо отметить, что с исполняющим персоналом нами предварительно проводился тренинг по осуществлению занятий с постояльцами в рамках организации терапевтической среды. При этом со стороны первых возникали различные трактовки способов выполнения заданий и заполнения документации. Неудивительно, ведь когда два человека выходят одной из лекционной аудитории, вероятно, у них могут остаться в памяти диаметрально разные понимания одного и того же понятия, притом, что лектор мог иметь ввиду вовсе нечто третье. Информация проходит некие субъективные фильтры. Так устроена психика человека. Решением подобной проблемы является разделение всей работы на равномерные «участки» и распределение их между работниками. Например, конкретный работник полностью отвечает за проведение определенного тренинга. С одной стороны, он разбирается в нем более досконально, с другой, это снимает с него необходимость обучения прочим «участкам» работы.

д) перегрузка персонала информацией. Попытка охватить незнакомую проблему всю целиком в один присест с большой вероятностью может привести лишь к рассеиванию усилий. При большом количестве информации, которую нужно усвоить, страдает качество ее запоминания, что, в конечном счете, приводит неэффективности. Данный аспект важно учитывать при внедрении терапевтической среды на этапе проведения обучающих семинаров с персоналом дома престарелых.

3. *Проблемы ресурсов***.** В данном аспекте, с нашей точки зрения, могут встретиться следующие проблемы.

а) недостаток материально-технического оснащения учреждений. Пример деятельности управления социальной зашиты населения Белгородской области, инициировавшего практическое внедрение терапевтической среды, показал преодолимость данной проблемы.

б) нехватка/загруженность персонала. С нашей точки зрения, для эффективной реализации проекта «терапевтическая среда» следует рассмотреть вопрос включения в штат вспомогательного персонала, функциональные обязанности которого состоят, прежде всего, в обслуживании терапевтической среды.

4. *Проблемы личных качеств персонала**социальных учреждений*.

а) недостаток мотивации. Наш опыт свидетельствует о том, что ставка на инициативу персонала полностью себя оправдывает, так как мы получили достаточно весомый отклик. С другой стороны, любой труд должен быть достаточно оплачен, а инициатива – вознаграждена.

б) стереотипизация. Нередко традиционные, устоявшиеся подходы могут быть причиной недостаточного активного внедрения концепции терапевтической среды.

в) недостаток знаний и навыков по смежным специальностям. Так у медицинских работников, как правило, выявляется нехватка знаний и навыков по психологии; у социальных работников и психологов часто отмечается ограниченность медицинских знаний бытовыми представлениями. Данная проблема разрешима путем организованного проведения целевых квалификационных лекций и тренингов для персонала.