

Список литературы:

1. Герасименко, В.Н., Артюшенко, Ю.В., Тхостов, А.Ш. Вопросы деонтологии в восстановительном лечении онкологических больных / В.Н. Герасименко и др. // Вопросы онкологии. 1982. Т. 28, № 2. – С. 48–52. Марилова Т.Ю. Психологические особенности онкологических больных // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. 2002. № 3. – С. 47–51.
2. Гнездилов, А.В. Психические изменения у онкологических больных / А.В. Гнездилов // Практическая онкология. 2001. № 1. – С. 5–11. 147
3. Козлова, Н.В., Андросова Т.В. Социально-психологическое сопровождение онкологических больных / Н.В. Козлова, Т.В. Андросова // Журнал: Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 335 Научная библиотека
4. КиберЛенинка: <http://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskoe-soprovozhdenie-onkologicheskikh-bolnyh#ixzz2m1bZ4qqA>.
5. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. СПб.: Питер, 2001
6. Семиглазов, В.Ф. Скрининг рака молочной железы [Текст]/ В.Ф. Семиглазов // Материалы VIII Российского онкологического конгресса. – М.ВИЛ. – 2010.– С.1

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА: ИСТОКИ ПОНЯТИЯ

Сивых А.И.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород

Термин «терапевтическая среда» впервые использовал австрийский психоаналитик Бруно Беттельхейм в середине XX века. Он осуществлял внедрение терапевтической среды, как одного из средств лечения, реабилитации детей с психической патологией. В советском здравоохранении понятие терапевтическая среда употребил психиатр М.М. Кабанов в 1978 году. Его интерпретация означала создание в закрытых психиатрических учреждениях таких условий, которые бы максимально отвлекали пациента от больничной обстановки и создавали для него условия постоянной занятости [2,63].

Понятие терапевтической среды различными авторами вкладывается различное содержание. Это выражается и в различии терминологии: «терапия средой», «лечебная среда», «терапевтическая среда», «терапевтическое сообщество».

Терапия средой (лечебное воздействие среды, лечение средой) представляет собой использование терапевтического потенциала взаимодействия пожилого человека или инвалида с окружением, средой. Под

средой подразумевается все, что окружает клиента в стационаре (вещи, люди, процессы, события) и является неотъемлемым фактором стационарного содержания, лечения и реабилитации.

Терапевтическое сообщество – это процесс, который создается самими участниками сообщества, взаимодействие членов сообщества, то есть исцеляет сама атмосфера. Обстановка терапевтической среды обеспечивает высокий уровень безопасности и защищённости человека, который желает выздороветь. Именно в таких условиях человек может овладеть новыми способами поведения, учиться делать выводы из своих ошибок и не повторять их.

Терапевтическая община предусматривает оказание помощи медицинского персонала в районе проживания её получателя и наличие специалистов соответствующего профиля, проживающих вместе с получателем, терапию в социальной среде, групповую психотерапию и занятие практической деятельностью. Данный термин был официально утверждён Всемирной организацией здравоохранения, получив в Великобритании определённую известность и введен в оборот Томасом Мэйном в 1946 году, впоследствии развит другими специалистами, среди которых Максвелл Джонс, Рональд Лэйнг. Доктор Максвелл Джонс впервые в психиатрических больницах Динглетон-хоспитал (Шотландия) и Хендерсон-хоспитал (Лондон), ввел в терапевтический процесс элементы нормального общественного устройства. Также создал терапевтическое сообщество в отделении социальной реабилитации в Бельмонт Хоспитал. В 1969 году, психиатр – доктор Фэйрвэзэр основал терапевтическое сообщество для хронических психически больных.

Вот как охарактеризовали организационную сторону работы в этих больницах Филстед и Росси: «Во-первых, пациент при таком подходе начинает играть уже не пассивную, а активную роль участника терапевтического процесса. Во-вторых, отсутствует система разделения на два класса: пациентов и специалистов, а значит – разрушена привычная административная пирамида, на смену которой приходит стремление развить ощущение единства, при помощи таких средств, как ежедневные собрания сообщества, самоуправление пациентов и т.д. В третьих, меняется роль сотрудника такого сообщества. Поэтому, чтобы работать в терапевтическом сообществе, профессионал должен как бы утратить свой профессионализм. Это значит, что сообщество приобретает для пациента первичное, основное значение, тогда как роль терапевта становится второстепенной. В четвертых – это открытость в общении между пациентами и персоналом и между самими сотрудниками. И в пятых, надо, чтобы программа как можно ближе напоминала реальный мир, находящийся за пределами лечебного учреждения».

Рональд Дэвид Лэйнг – шотландский психиатр, один из четырёх ведущих идеологов движения антипсихиатрии, наряду с Мишелем Фуко, и Франко Базальей, рассматривал поведение каждого пациента как правомерное выражение личной свободы и отражение переживаемого опыта

или внутренней реальности, а не симптомы заболевания, отрицая все критерии, отделяющие психическое здоровье от психического расстройства.

Франко Базальи (11.03. 1924 – 29.08.1980) – считали самым влиятельным итальянским психиатром XX века, невролог, профессор психиатрии, реформатор системы психиатрической помощи, разработчик «Закона 180», лидер движения «Демократичная психиатрия». Он предложил концепцию психиатрической помощи, основанную на гуманном отношении к душевнобольным и отказе от их насильственной изоляции. Закон 180, или Закон Базальи, принятый 13 мая 1978 года, воплощал в масштабах страны меры по изменению подхода к лечению. Закон четко регламентировал санитарный, гигиенический, дисциплинарный режим в психиатрических клиниках. Совершил фактически революцию в отношениях между врачами, пациентами и окружающей социальной средой. В 2000 году был закрыт последний психиатрический стационар в Риме, Италия стала первой страной в мире без психиатрических больниц. Вскоре к ней присоединились Швейцария и Швеция. Людей с психическими расстройствами не подвергают принудительной изоляции и госпитализируют в обычные терапевтические отделения, где лечат вместе с соматическими больными, исключая все возможности для жестокого отношения к ним и злоупотреблений своим положением со стороны врачей, а также предотвращая их от социальной стигматизации, дискриминации и дезадаптации в дальнейшем. В Италии учреждены премия Франко Базальи, а также фонд Франки и Франко Базальи.

Целью терапевтических общин было создание терапевтической среды, которая является более свободной и контролируемой со стороны учреждения на получателя помощи, а также позволяет отойти от авторитарных и унижительных практик, свойственных психиатрическим учреждениям. Идея заключалась в том, чтобы преобразовать жёсткую иерархическую организацию учреждения, при которой между персоналом и получателями помощи складывались отношения «вертикального» типа, в «горизонтальную» организацию, где были бы отношения на равных.

В широком смысле терапевтическая среда – это сочетание самых различных мероприятий и воздействий на клиента: географическое расположение стационарного социально-медицинского учреждения, внутренняя структура, комфорт в отделениях и комнатах проживания, режим «открытых дверей», различные виды занятости и т.д.

На современном этапе развития социальной сферы создание такой терапевтической среды в стационарных учреждениях социального обслуживания является крайне необходимо не только для больных страдающих психическими расстройствами, но и для любого пожилого человека и инвалида, у которого имеются ограничения в контактах с внешним миром, так как терапия средой помогает людям быстрее адаптироваться к новым условиям проживания, создает атмосферу деятельности, занятости, востребованности в общественно-полезном труде и, в конечном счёте, способствует формированию активного образа жизни, делая граждан более сплочёнными и активными. У них наблюдается хорошее

настроение, концентрируется внимание, они чувствуют свою причастность к общей деятельности и гордятся этим. Все это создаёт предпосылки для социальной интеграции этих людей как конечной цели реабилитации. В нашей стране этот подход является инновационным и, к сожалению, малоизученным, но перспективным, поэтому требует всестороннего изучения и последующего внедрения в практическую деятельность стационарных учреждений социального обслуживания.

Список литературы:

1. Карвасарский, Б.Д. Психотерапия. Учебник для студентов медицинских ВУЗов/ Б.Д. Карвасарский. – Режим доступа: www.psychiatry.ho.ua
2. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов/ под.ред.: К.И. Прощева [и др.].-М.; Белгород : Белгор. Обл. тип., 2012. – 172с.

**РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ
В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
ПРЕСТУПНИКОВ**

Ильяшова С.К., Саркисян Е.О.

*ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный
исследовательский университет», г. Белгород*

Невысокий уровень правовой культуры приводит к большому количеству правонарушений, совершаемых подростками, причем количество тяжких преступлений динамически растет. Подростки не задумываются о последующей ответственности, так как соответствующая информация во многом для них недоступна. В работе специалиста по социальной работе ключевым словом является слово «помощь». Именно специалист по социальной работе должен помогать подросткам в решении проблем, связанных с нарушением закона и норм, принятых в обществе, а так же в ориентации их в правовом пространстве.

Преступление в самом общем виде представляет собой форму делинквентного поведения человека [3].

Число несовершеннолетних преступников с каждым годом увеличивается во всех государствах и притом быстрее, чем число преступников взрослых. Несовершеннолетние не обладают ни зрелым разумом, способным вполне понимать свойство человеческих деяний, ни сложившейся волей, управляющей их побуждениями и страстями. Преобладающими преступлениями малолетних правонарушителей являются простые кражи и мелкие мошенничества.