
ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
EMPIRICAL STUDIES

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПРОГРАММЫ МОТИВАЦИОННОГО ТРЕНИНГА (ИПМТ) У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ, И У ПРОЖИВАЮЩИХ В ПНИ

Е.В. ТАККУЕВА

Дом удивительных людей 77 (АНО «ДУЛ 77»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5690-6464>,
e-mail: takkueva@mail.ru

Актуальность. В связи с задачей реформирования психоневрологических интернатов (ПНИ) в РФ, среди жителей которых 46,9% больных шизофренией, особую актуальность приобретают разработка и обоснование эффективности научно обоснованных методов социализации пациентов через активизацию и развитие их психологических ресурсов и социальных компетенций. **Цель исследования** — проверка эффективности оригинальной интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ) в двух выборках больных шизофренией: находящихся на стационарном лечении в психиатрической больнице и проживающих в ПНИ. **Материалы и методы.** Всего проведено 11 тренинговых групп с больными шизофренией, проходящими лечение в стационаре Психиатрической клинической больницы № 4 имени П.Б. Ганнушкина (всего 45 человек, средний возраст 44 года, 32 женщины и 13 мужчин с разной длительностью заболевания) и 7 тренинговых групп с больными шизофренией, проживающими в раз-

ных ПНИ г. Москвы (всего 35 человек, средний возраст 50 лет, 17 женщин и 18 мужчин с длительностью заболевания более 5 лет). Эффективность тренинга оценивалась с помощью самооценочных методик, которые пациенты заполняли до и после тренинга: «Диагностика самооффективности», «Индикатор копинг-стратегии», «Комплаентность», Шкала социального избегания и дистресса (SADS), «Анкета обратной связи». **Результаты.** Предлагаемая программа мотивационного тренинга построена на принципах, близких к принципам когнитивной терапии, направленной на восстановление (СТ-R), и рефлексивно-деятельностного подхода (РДП), разворающего идеи культурно-исторической психологии. У пациентов, проходящих лечение в ПКБ и сохраняющих связи с социумом, снижаются показатели социальной тревожности и отмечается рост показателей самооффективности и комплаентности, а также возрастает частота использования стратегии решения проблем и снижаются показатели стратегии их избегания. В выборке пациентов из ПНИ, длительно находящихся в ситуации социальной изоляции, возрастает показатель самооффективности и увеличивается частота использования такой конструктивной стратегии, как поиск социальной поддержки, снижается общий показатель социальной тревожности, что свидетельствует о направленности на преодоление синдрома госпитализма. Участники тренинга из выборок ПКБ и ПНИ субъективно высоко оценивают результаты работы и происходящие изменения. **Выводы.** Предварительно можно сделать вывод об эффективности ИПМТ для решения задачи повышения ресурсов социализации больных шизофренией, как в выборке ПКБ, так и ПНИ. Основные различия связаны с тем, что в выборке ПНИ, в отличие от выборки ПКБ, на фоне роста показателя конструктивной стратегии поиска социальной поддержки практически не меняется показатель деструктивной стратегии избегания проблем, что свидетельствует о необходимости более длительной и системной работы по восстановлению и развитию их ресурсов социальной адаптации. Перспективы исследовательской работы состоят в расширении выборок и дополнительном анализе влияния таких факторов, как пол, возраст, длительность заболевания и пребывания в ПНИ.

Ключевые слова: психоневрологические интернаты, психосоциальная реабилитация, мотивационный тренинг, шизофрения, нарушения мотивации, нарушения целеполагания, когнитивная терапия, направленная на восстановление, рефлексивно-деятельностный подход.

Для цитаты: Таккуева Е.В Оценка эффективности интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ) у больных шизофренией, проходящих лечение в стационаре психиатрической больницы, и у проживающих в ПНИ // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 31—57. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310102>

ESTIMATION OF EFFICIENCY OF THE INTEGRATIVE MOTIVATIONAL TRAINING PROGRAM (IPMT) FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA, UNDERGOING TREATMENT IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL, AND FOR THOSE LIVING IN RESIDENTIAL INSTITUTIONS FOR PSYCHIATRIC PATIENTS (PRI)

ELENA V. TAKKUEVA

Autonomous non-commercial organization of social support
«House of Amazing People 77», Moscow, Russian Federation
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5690-6464>,
e-mail: takkueva@mail.ru

Rationale. For effective reforming the system of mental health, the system of residential institutions for psychiatric patients (PRI) in the Russian Federation, the development and validation of efficiency of scientifically based methods of socializing psychiatric patients through the activation and development of their psychological resources and social competencies are of particular significance. Among the residents of PRI 46,9% have schizophrenia. **Study Objective.** Verification of efficiency of the original integrative motivational training program (IPMT) in two samples of patients with schizophrenia: those on inpatient treatment and those living in PRI. **Materials and methods.** In total, 11 training groups were carried out for the patients with schizophrenia, undergoing treatment in Psychiatric Clinical Hospital No. 4 n.a. Gannushkin (PCH) (total 45 persons, average age 44, 32 women and 13 men with different duration of the disease), and 7 training groups were conducted for the patients in PRI (total 35 persons, average age 50, 17 women and 18 men with duration of the disease over 5 years). The efficiency of the training was estimated using self-assessment instruments that the patients completed before and after the training: “Self-efficacy Diagnostics”, “Coping Strategy Indicator”, “Compliance”, “Social Avoidance and Distress Scale” (SADS), “Feedback Questionnaire”. **Results.** The proposed program motivational training is based on principles close to those of the recovery-oriented cognitive therapy (CT-R), cultural and historical psychology and reflection-activity approach, and contributes to positive changes in the motivational sphere of patients with schizophrenia. In the sample of patients from PCH, the indicators of social anxiety have statistically significantly reduced and there has been an increase in indicators of self-efficacy and compliance. At the level close to statistical significance, the frequency of using a problem-solving strategy has increased, the indicators of their avoidance strategy have decreased, and the indicators of a seeking social support strategy have not changed. In the sample of patients from the PRI, on

the contrary, the frequency of using a constructive seeking social support strategy has statistically significantly increased. At the same time, the overall indicator of their social anxiety has reduced, and the overall indicator of their self-efficacy has increased at the level close to statistical significance. The absence of statistically significant dynamics in the variables of compliance and using a problem-solving strategy, as well as in using a destructive avoidance strategy indicates that these deficits are the most persistent and require an additional targeted work. The training participants from both samples have subjectively highly evaluated the results of the training and the changes that they have experienced. **Output.** There has been a preliminary conclusion made about the efficiency of IPMT for delivering on the target of increasing the resources for socializing patients with schizophrenia, both in PCH and PRI. The main differences in two samples are related to the fact that in the PRI group, in contrast to the PCH group, the indicator of a seeking social support strategy has increased, and use of dysfunctional strategies and compliance problems are more stable. The prospects for this research work consist in expanding the samples and analyzing the influence of such factors gender, age, duration of the disease and duration of stay in the residential facility.

Keywords: psychiatric residential institutions, psychosocial rehabilitation, learned helplessness, motivational training, schizophrenia, motivation deficits, violations of goal-setting, Recovery Oriented Cognitive Therapy, reflexive-activity approach.

For citation: Takkueva E.V. Estimation of Efficiency of the Integrative Motivational Training Program (IPMT) for Patients with Schizophrenia, Undergoing Treatment in a Psychiatric Hospital, and for those living in Residential Institutions for Psychiatric Patients (PRI). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 1, pp. 31–57. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310102> (In Russ.).

Введение: теоретико-методологические основания исследования

На сегодняшний день в 600 психоневрологических интернатах (ПНИ) РФ проживают более 156 тысяч граждан, около 71% из них лишены дееспособности, 24% от общего числа нуждаются в постоянном уходе и только 2% проживающих в интернатах для взрослых официально трудоустроены, из них почти половина (47%) страдают шизофренией [29]. Феномен госпитализма, связанный с социальной изоляцией психически больных и неоднократно описанный в литературе [31; 48; 58], неизбежно ведет к постепенной утрате всех приобретенных ранее навыков и, в конечном счете, к возникновению «выученной беспомощности» — феномена, описанного М. Селигменом, который проявляется в трех областях: мотивационной (отсутствие желания, неспособность действовать), когнитивной (неспособность к обучению) и эмоциональной (подавленное, апатичное состояние) [31; 58].

Возможности и пути ресоциализации пациентов с тяжелыми хроническими психическими расстройствами в последние десятилетия стали

предметом анализа целого движения ученых и практиков под общим лозунгом возможности восстановления даже самых тяжелых пациентов — концепция Recovery. Создатель когнитивной терапии Арон Бек стал инициатором и руководителем разработки нового направления — когнитивной терапии, ориентированной на восстановление (Recovery Oriented Cognitive Therapy — СТ-R) для лиц с тяжелыми психическими нарушениями (в том числе больных шизофренией) [54; 56; 57]. Recovery-Oriented Cognitive Therapy направлена на актуализацию желаемых представлений о будущем и постепенную целенаправленную их реализацию в повседневной деятельности [52; 53]. Подчеркивается важность обсуждения с каждым пациентом желаемого будущего и выработки совместно с ним собственных жизненных целей [51; 55]. Терапия направлена на развитие ресурсов пациентов, поддержку активной позиции, личностное и социальное восстановление. Исследования доказывают, что СТ-R эффективна в работе с тяжелыми, хроническими пациентами, имеющими проблемы как личностного, так и социального функционирования, а также длительный опыт госпитализаций [54; 56; 57].

Интегративная программа мотивационного тренинга (ИПМТ) основана на принципах, сходных с принципами когнитивной терапии, ориентированной на восстановление. В основе ИПМТ лежат модули, выстроенные с учетом потребностей и жизненных целей участников, что позволяет поддержать их собственную конструктивную активность и постепенно преодолевать выученную беспомощность [39; 40]. В программе мотивационного тренинга был использован целый ряд разработок организационной психологии, направленных на формирование конструктивной мотивации достижения: принципы так называемых содержательного [25] и процессуального подходов в исследовании трудовой мотивации [26; 41].

В основе ИПМТ лежат также принципы культурно-исторической психологии и рефлексивно-деятельностного подхода (РДП): движение строго в зоне ближайшего развития (ЗБР), т. е. с опорой на ресурсы пациента, выстраивание с ним отношений сотрудничества и оказание поддержки там, где этого ресурса не хватает [5; 10; 11]; поддержка субъектной позиции (т. е. собственной активности и конструктивных способов действий с последующей рефлексией и закреплением этих способов) [14] и акцент на ресурсах и успехах [10; 11].

Для интеграции данных подходов в мотивационный тренинг пациентов, страдающих шизофренией, был проведен анализ существующих тренинговых программ в организационной и клинической психологии, а также практики РДП. Попытка их синтеза осуществлена путем адаптации ряда модулей тренингов для персонала организаций с учетом особенностей мотивационной сферы больных шизофренией.

Важным методологическим основанием данной работы является многовекторная модель зоны ближайшего развития, разработанная В.К. Зарецким и занимающая особое место в теоретических положениях РДП. Эта модель развивает понятие ЗБР Л.С. Выготского путем операционализации одного из наиболее загадочных и оптимистичных положений культурно-исторической психологии — «Один шаг в обучении может означать сто шагов в развитии» [5; 12; 13]. Согласно многовекторной модели ЗБР психическое развитие идет по разным векторам, относящимся к когнитивной, личностной, эмоциональной сферам. При нарушениях развития и психической патологии всегда есть вектор, который является проблемным эпицентром — главным тормозом, препятствующим развитию по остальным векторам [47]. Если в процессе психотерапии и реабилитации удастся выявить такой вектор и развернуть работу по преодолению этой своеобразной блокировки всего развития, то, в конечном счете, такая работа может привести к скачку по всем остальным векторам. Согласно многочисленным данным, которые будут рассмотрены ниже, таким вектором при шизофрении является мотивация достижения — отсутствие направленности на преодоление трудностей и решение проблем.

Нарушение мотивации при шизофрении

Проблема мотивации является одной из центральных в исследованиях шизофрении и рассматривалась как своеобразный эпицентр других нарушений основательницей российской школы клинической психологии Б.В. Зейгарник, а также ее учениками и последователями [15; 18; 21; 22; 23; 33; 35; 46]. В экспериментальных исследованиях Н.С. Курека и А.Б. Холмогоровой продемонстрировано, что у больных шизофренией доминирует мотивация избегания неуспеха и буквально парализована мотивация достижения целей, т. е. отсутствует конструктивная направленность на решение проблем. Исследования авторов продемонстрировали нарушение процесса целеобразования у пациентов с шизофренией: больным свойственна адинамия уровня притязаний, которая выражается в сохранении неизменного уровня сложности цели — поведенческая тактика, благодаря которой пациенты с шизофренией стремятся избегать ситуаций неуспеха [24; 43]. В целом, для больных шизофренией характерны установка на избегание усилий и неуспеха, низкая социальная мотивация, отказ от активности [6; 15; 17; 46; 49]. В работе А.Б. Холмогоровой все эти феномены получили собирательное обозначение «установка на самоограничение» [43].

Таким образом, именно этот вектор — вектор мотивации — является тем самым эпицентром, на котором важно сосредоточить процесс

социальной реабилитации больных. У пациентов в ПНИ дополнительным фактором снижения социальной мотивации достижения являются специфические условия институционализации и социальной изоляции, ведущие к синдрому выученной беспомощности. При этом результаты исследований показывают, что пациенты с шизофренией обладают неиспользованным потенциалом для выздоровления, который может быть активизирован с помощью индивидуальных, целенаправленных психосоциальных вмешательств [57; 59]. Люди, покидающие психоневрологические интернаты в процессе реформы ПНИ, нуждаются в психологической поддержке и помощи в их социальной реинтеграции, преодолении психологических и социальных дефицитов, выученной беспомощности. Однако далеко не все готовы принять эту помощь в силу нарастающей аутизации и недоверия. Поэтому еще один не менее важный вектор, на который должна быть направлена работа с этим контингентом, — это вектор сотрудничества, способности вступать в контакт и принимать помощь при решении различных задач и достижении поставленных целей. При разработке программ ИПМТ необходимо было учитывать специфику, как контингента психиатрических стационаров, так и контингента ПНИ, делая акцент на наиболее проблемных векторах ЗБР.

Общая характеристика ИПМТ

Ниже будут рассмотрены основные модули ИПМТ и ее специфика — отличие от других тренинговых программ, разработанных для работы с больными шизофренией. Тренинг ИПМТ состоит из 10 модулей (рис. 1).

Материал дается в порядке усложнения с учетом ЗБР участников тренинга, при этом участникам даются конкретные инструменты для постановки собственных целей. Так, в ИПМТ были использованы следующие адаптированные под цели тренинга техники менеджмента: 1) «Иерархия потребностей» [26], направленная на знакомство с теорией потребностей А. Маслоу и ее применение для анализа собственных потребностей участников; 2) SMART-постановка целей [8], или в русифицированном варианте — КИДСО (конкретность, измеримость, достижимость, стратегия, определенность во времени), на основе которой корректируются жизненные цели участников путем перевода их в конкретные цели на ближайшую неделю, месяц и т. д. с последующим обсуждением их выполнения на каждом занятии; 3) SWOT-анализ [20], или в русифицированном варианте — ССВУ (сильные стороны, слабые стороны, возможности, угрозы), предлагающий участникам инструменты для систематизации предшествующей информации и выработки долговременных целей на срок

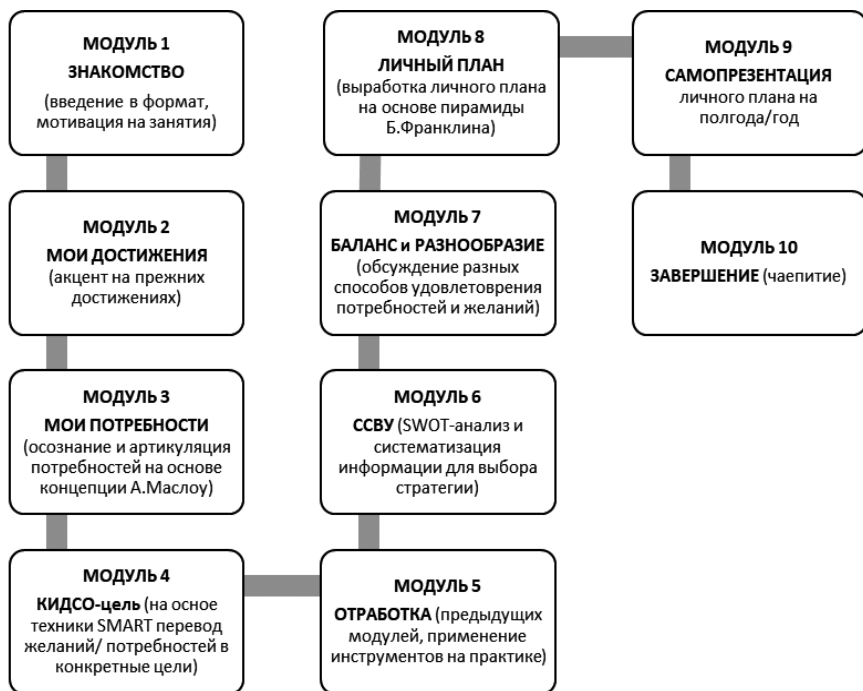


Рис. 1. Модули интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ)

полгода или год, а также стратегии их достижения; 4) «Пирамида жизни Бенджамина Франклина» [36], которая использовалась каждым из участников для составления личного плана действий на ближайший год. Пирамида Франклина представляет собой логическую последовательность блоков: жизненные ценности, глобальные желания и цели, долгосрочный план, краткосрочный план, цели на день.

Специфика ИПМТ, в отличие от программы тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией [44], а также методики мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации [32], связана с фокусировкой всей работы на развитии процессов целеполагания, т. е. выработке и достижении индивидуальных конкретных целей участников тренинга: 1) в процессе тренинга идет систематическая работа с собственными целями участников, у участников и ведущих есть возможность оценить благоприятную динамику реалистичного целеполагания в зоне ЗБР, стратегического планирования; 2) благодаря систематическим домашним заданиям и структуре тренинга участники возвращаются к собственным целям на протяжении всего тренинга,

сталкиваются со сложностями на пути реализации собственных целей, преодолевая их с помощью ведущих тренинга, реализуя их в жизни; 3) участникам выдаются домашние задания (самостоятельные работы), тетрадь участника, сертификат участника, благодарность выдается особо отличившимся. Сертификат дает право воспользоваться пятью бесплатными консультациями с психологом уже в индивидуальном формате. ИМПТ сближает с рефлексивно-деятельностным подходом к трудностям в обучении и когнитивной терапией тяжелых психических расстройств, ориентированной на восстановление, акцентирование важности собственного замысла в процессе выбора целей и путей их достижения, постоянная поддержка субъектной позиции пациентов.

Специфика проведения ИМПТ для выборки ПКБ и ПНИ

Число пациентов в группах Психиатрической клинической больницы № 4 имени П.Б. Ганнушкина (ПКБ) и психоневрологических интернатов (ПНИ) варьировалось в диапазоне от 6 до 10. Общее количество занятий для групп ПКБ — 10 модулей, для групп ПНИ использовался сокращенный вариант тренинга — 8 модулей, так как в условиях постоянного совместного проживания в ПНИ участникам не было необходимости знакомиться. В группы тренинга ПКБ пациенты поступали из стационарных подразделений больницы в дневной стационар при больнице после 3 недель стационарного лечения. Так как около 70% из них были трудоустроены и социализированы, то основная цель тренинга для данной группы заключалась в предотвращении десоциализации. Участники тренинга групп ПНИ были выбраны администрацией учреждения на основании мнения компетентных врачей и социальных работников учреждения, оценивающих их состояние здоровья и реабилитационный потенциал, а также с учетом собственного желания самих пациентов и их заявлений на получение ограниченной дееспособности. Соответственно, основная цель тренинга для данной группы заключалась в способствовании их ресоциализации в рамках комплексной программы социальной реабилитации, осуществляемой в ПНИ [34]. Как уже было сказано выше, работа в группе ПКБ была сфокусирована на векторе мотивации достижений и росте самооффективности, а работа в группе ПНИ была сфокусирована в первую очередь на восстановлении способности к сотрудничеству, снижению социального избегания и принятии помощи в выстраивании и достижении целей.

Частота занятий для групп ПКБ — 2 раза в неделю, для групп ПНИ — 1 раз в неделю. В группах ПКБ тренинг вели 2 клинических психолога, в группах ПНИ — тренинг вел один клинический психолог. Иногда в

качестве ко-тренеров в ПНИ привлекались участники, уже прошедшие ранее мотивационный тренинг.

Материалы и методы

Цель исследования — проверка эффективности оригинальной интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ) в двух выборках больных шизофренией: находящихся на стационарном лечении в ПКБ и проживающих в ПНИ.

Характеристика выборки. Выборка участников мотивационного тренинга в условиях психиатрического стационара в период с 20.03.2017 г. по 20.05.2018 г. включала 45 пациентов ПКБ № 4 имени П.Б. Ганнушкина с диагнозами «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства» (F20—F29 по МКБ-10) в возрасте от 21 до 65 лет (средний возраст — 44 г., ст. откл. — 11,8 лет); образование — среднее и высшее, 32 женщины и 13 мужчин. Длительность заболевания: 10% — первый эпизод, 90% — 2 эпизода болезни и более. Всего было проведено 11 тренинговых групп с количеством участников от 6 до 10 человек.

Выборка участников мотивационного тренинга в условиях ПНИ в период с 07.04.2018 г. по 14.04.2021 г. включала 35 пациентов, проживающих в трех ПНИ г. Москвы (ГБУ «Психоневрологический интернат № 18», ГБУ «Психоневрологический интернат № 22», ГБУ «Психоневрологический интернат № 23», ГБУ «Психоневрологический интернат № 30»), с диагнозами «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства», «психопатоподобная шизофрения» (F20—F29, F21.4 по МКБ-10); возраст пациентов — от 23 до 73 лет (средний возраст — 50 лет, ст. откл. — 11,3); образование — среднее и высшее, 17 женщин и 18 мужчин. Длительность заболевания — более 5 лет; 3 эпизода болезни в анамнезе и более. Всего было проведено 7 тренинговых групп с количеством участников от 6 до 10 человек.

Противопоказаниями к работе в группе являлись: актуальная острая и подострая психотическая симптоматика, нейролептический синдром; соматические и неврологические заболевания в стадии декомпенсации; тяжелые физические дефекты (слепота, глухота); категорический отказ от участия в группе, выраженная враждебность, тревожность или раторможенность; неспособность контролировать поведение; выраженное интеллектуальное снижение.

Методический комплекс. Для оценки эффективности тренинга использовались две группы методик, которые предъявлялись до и после тренинга.

1. *Методики, направленные на оценку социального функционирования:* Шкала социального избегания и дистресса SADS (Уотсон Д., Фрэнд Р.,

адаптация В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, 2011); методика «Диагностика самооффективности» (Маддукс Дж. и Шеер М., адаптация А.В. Бояринцевой, 2011; в настоящем исследовании, для облегчения выполнения задания, число выбора ответов было сокращено с пяти до трех вариантов — «полностью согласен», «согласен», «не согласен»), методика «Индикатор копинг-стратегии» (Амихран Д., адаптация Н.А. Сироты, В.М. Ялтонского, 1995).

2. *Методики, направленные на оценку взаимодействия со специалистами, как в области психотерапии, так и в области реабилитационных мероприятий:* методика «Комплаентность» (Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., в стадии валидации) и анкета обратной связи для оценки достигнутых результатов в процессе тренинга.

Для статистической обработки данных использован статистический пакет SPSS и программа Microsoft Excel. Проведен статистический анализ с помощью критерия Wilcoxon для связанных выборок.

Ограничения исследования. Выборки из ПКБ и ПНИ различаются по половозрастному составу, что ограничивает возможности их сравнения. В дальнейшем при расширении выборок планируется учесть влияние факторов пола, возраста, образования, длительности болезни и пребывания в интернате на эффективность тренинга.

Результаты исследования

Результаты обработки данных выборки пациентов, проходящих лечение в стационаре ПКБ, приведены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, после тренинга у участников из ПКБ на высоком уровне статистической значимости снижаются как общий балл, так и частные показатели социальной тревожности: социальный дистресс, т. е. уровень негативных эмоций в контактах, и социальное избегание, т. е. стремление их избегать. Отмечается статистически значимый рост показателей самооффективности, как в предметной, так и в межличностной сферах, и комплаентности или готовности к сотрудничеству со специалистами. На уровне тенденции к статистической значимости частота использования стратегии решения проблем возрастает, а стратегии их избегания, напротив, снижается. Таким образом, положительная динамика имеет место по большинству показателей. Большинство пациентов из ПКБ указывают на особую важность участия в группе людей со сходными проблемами (54%) и возможности совместного обсуждения проблем, а также довольно высоко оценивают свои навыки целеполагания после тренинга (4,2 балла в среднем из возможных 5).

Результаты оценки динамики показателей выборки пациентов из ПНИ приведены в табл. 2.

Таблица 1
 Динамика показателей социального функционирования и комплаентности до и после участия
 в мотивационном тренинге у больных шизофренией, проходящих лечение в ПКБ

Методики	Шкалы	Показатели M (SD)		Z	Критерий Wilcoxon для связанных выборок
		До	После		
Показатели социального функционирования					
Шкала социального избегания и дистресса SADS	Социальный дистресс	4,5 (3,69)	2,7 (3,69)	-4,227(b)	0,000
	Социальное избегание	4,8 (2,55)	3,8 (2,56)	-2,892(b)	0,004
	Общий балл	9,3 (5,79)	6,6 (5,80)	-4,648(b)	0,000
Методика «Диагностика самоэффективности»	Самоэффективность в предметной деятельности	21,4 (6,36)	22,8 (6,35)	-2,357(c)	0,018
	Межличностная самоэффективность	6 (2,42)	7,1 (2,41)	-2,941(c)	0,003
Методика «Индикатор копинг-стратегии»	Общий балл	27,4 (8,12)	29,9 (8,10)	-3,078(c)	0,002
	Стратегия «Решение проблем»	24,4 (4,65)	25,3 (4,69)	-1,804(c)	0,071¹
	Стратегия «Поиск социальной поддержки»	22,3 (4,98)	23,3 (5,07)	-1,599(c)	0,110
	Стратегия «Избегание проблем»	19,4 (4,44)	18,2 (4,45)	-1,948(b)	0,051¹
Показатели комплаентности и сотрудничества с персоналом ПКБ и тренером					
Методика «Комплаентность»	Комплаентность				0,000
		30,8 (6,47)	34,3 (6,45)	-4,024(c)	

Методики	Шкалы	Показатели М (SD)		Критерий Wilcoxon для связанных выборок	
		До	После	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Анкета обратной связи	Что способствовало усвоению материала (% участников, высоко оценивших данный фактор после тренинга) Участие в группе 54%	Работа тренера		Z	31%
		Самооценка навыка целеполагания М (SD)			
		4,2 (0,86)			

Примечание: t — тенденция к статистической значимости; М — среднее; SD стандартное отклонение; Z — критерий знаковых рангов Wilcoxon; b — на основе отрицательных рангов; с — на основе положительных рангов.

Таблица 2
 Динамика показателей социального функционирования и комплаентности до и после участия в мотивационном тренинге у больных шизофренией, проживающих в ПНИ

Методики	Шкалы	Показатели М (SD)		Критерий Wilcoxon для связанных выборок	
		До	После	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Шкала социального избегания и дистресса SADS	Показатели социального функционирования				
	Социальный дистресс	3,6 (2,98)	3,1 (2,99)	-1,739(b)	0,082 ^c
	Социальное избегание	4,3 (2,61)	3,6 (2,59)	-1,606(b)	0,108
	Общий балл	8 (5,14)	6,7 (5,12)	-2,013(b)	0,044

Методики	Шкалы	Показатели М (SD)		Критерий Wilcoxon для связанных выборок	
		До	После	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Методика «Диагностика самооффективности»	Самоэфективность в предметной деятельности	23,2 (5,43)	24,1 (5,39)	-1,247(с)	0,212
	Межличностная самооффективность	6,9 (2,43)	7,6 (2,41)	-1,684(с)	0,092 ^t
	Общий балл	30,2 (6,97)	31,8 (6,92)	-1,808(с)	0,071 ^t
Методика «Индикатор копинг-стратегий»	Стратегия «Решение проблем»	24,3 (4,93)	25,4 (4,89)	-1,454(с)	0,146
	Стратегия «Поиск социальной поддержки»	22,2 (4,98)	24,2 (4,96)	-3,009(с)	0,003
	Стратегия «Избегание проблем»	18 (3,91)	18,1 (3,92)	-0,150(б)	0,881
Показатели комплаентности и сотрудничества с персоналом ПНИ и тренером					
Методика «Комплаентность»	Комплаентность	32,3 (6,89)	33,8 (6,85)	-1,217(с)	0,224
Анкета обратной связи	Что способствовало усвоению материала (% участников, высоко оценивших данный фактор)				
	Участие в группе	Работа тренера	Материал тренинга		
	28%	52%	20%		
	Самооценка навыка целеполагания М (SD) 4 (0,83)				

Примечание: t — тенденция к статистической значимости; М — среднее; SD стандартное отклонение; Z — критерий знаковых рангов Wilcoxon; б — На основе отрицательных рангов; с — на основе положительных рангов.

Как видно из табл. 2, после тренинга у участников из ПНИ на высоком уровне статистической значимости возрастает частота использования конструктивной копинг-стратегии «Поиск социальной поддержки». На уровне статистической значимости снижается общий балл социальной тревожности, при этом частный показатель социальной тревожности — социальный дистресс — снижается на уровне тенденции к статистической значимости. На уровне тенденции к статистической значимости отмечается рост показателей самоэффективности в межличностной сфере (в том числе и по общему баллу). Таким образом, положительная динамика имеет место в половине исследуемых показателей. Большинство пациентов из ПНИ указывают на особую важность доверительного контакта и заинтересованности со стороны ведущего тренинга (52%), а также довольно высоко оценивают свои навыки целеполагания после тренинга (4 балла в среднем из возможных 5). Таким образом, изменения у больных из ПНИ происходят по вектору восстановления контактов и способности к поиску и принятию поддержки, т. е. к сотрудничеству с другими людьми, что является необходимым условием преодоления госпитализма и восстановления навыков социальной жизни.

Для оценки удовлетворенности тренингом участникам выборки ПКБ и ПНИ было предложено заполнить анкеты обратной связи (по 5-бальной системе). Средние показатели удовлетворенности мотивационным тренингом по разным аспектам представлены в табл. 3.

Таблица 3
Показатели удовлетворенности мотивационным тренингом
в выборках ПКБ и ПНИ

Выборка	Общая оценка тренинга, М (SD)	Интерес, М (SD)	Польза, М (SD)	Личная активность, М (SD)	Комфорт на тренинге, М (SD)	Профессионализм тренера, М (SD)	Раздаточные материалы, М (SD)
ПКБ (N=45)	4,7 (0,45)	4,4 (0,82)	4,6 (0,63)	4 (0,75)	4,7 (0,54)	4,9 (0,27)	4,8 (0,33)
ПНИ (N=35)	4,8 (0,47)	4,6 (0,60)	4,4 (0,85)	4,2 (0,78)	4,5 (0,69)	4,7 (0,49)	4,7 (0,51)

Примечание: М — среднее, SD — стандартное отклонение.

Приведем несколько цитат участников тренинга из ПКБ, касающихся его общей оценки полезности: «Пошаговое достижение целей. Проводить такие тренинги всем пациентам. Научился создавать будущие планы и цели, хотелось бы больше участников, больше по времени заня-

тия»; «Задания для самостоятельной работы позволили попытаться разобрать важную для меня цель, разложить ее по полочкам. Возможность ускорить достижение цели, расстановка приоритетов. Хотелось бы получить материал в электронном виде, чтобы можно было прорабатывать новые цели»; «Я вынесла то, что обязательная потребность для меня — приличный внешний вид, чистота внутри и снаружи, питание. Разделение достижения цели на уровни. Действовать по плану. Действовать с таким же добром к пациентам. Я даже не почувствовала себя больной ни разу»; «Научилась ставить цели и отделять их от мечтаний. Узнала о себе много нового. Поборола скромность, научилась достигать цели. Побольше таких тренингов!»; «Ослабление перфекционизма. Более реальная оценка своих сил и возможностей. Хорошее настроение. Умение ставить цели, дробить их на мелкие кусочки и постепенно достигать».

Приведем также несколько цитат участников тренинга из ПНИ по поводу полезности тренинга: «Сумел раскрыть себя с лучшей стороны благодаря поддержке психолога и работе в группе»; «Определила точнее свои цели, потребности, желания и возможности»; «Тренинг дает познавательный результат, помогает более настойчиво добиваться поставленной цели, правильно распределять время»; «Лично для меня все было четко и понятно, никогда бы не подумал, что встречусь с этим, это ведь не только познавательно, но и пригодится в жизни»; «Результат тренинга — уверенность в получении дееспособности»; «Получила удовольствие от тренинга и хочу и буду дальше заниматься с психологом»; «Мне стало более комфортно находиться в группе людей».

Таким образом, мотивационный тренинг был высоко оценен участниками выбором как ПКБ, так и ПНИ, а также, по их мнению, доказал свою эффективность (в табл. 1, 2 шкала «Самооценка навыка целеполагания»). 35 участникам выборки ПНИ, которые прошли все 8 модулей тренинга, предложено было воспользоваться 5 бесплатными консультациями с психологом. 23 из 35 участников мотивационного тренинга воспользовались данной возможностью, что свидетельствует о росте мотивированности и комплаентности (т. е. готовности к сотрудничеству) участников.

Анализ результатов психосоциальной работы, проводимой в ПНИ в течение трех лет и включающей тренинг ИМПТ, показывает, что на сегодняшний день пятеро участников мотивационного тренинга уже получили ограниченную дееспособность и живут самостоятельно, двое живут на сопровождаемом проживании и работают, одиннадцать человек собираются подавать на ограниченную дееспособность (в будущем), шестеро активно занимаются саморазвитием, обучением, творческой деятельностью, один трудоустроился в ПНИ, двое трудоустроились за пределами ПНИ, один не получил ограниченную дееспособность, но в

процессе подготовки к судебному процессу. Таким образом, положительная динамика наблюдается у 70% участников реабилитационной программы. У десяти из 35 участников изменений в их статусе за указанное время не произошло.

Обсуждение результатов

ИПМТ представляет собой часть комплексной психо-социальной реабилитации больных шизофренией в ПКБ, а также проживающих в ПНИ, нацеленной на активизацию и развитие психологических ресурсов и социальных компетенций. Разработанная программа ИПМТ основана на интеграции принципов когнитивной терапии, ориентированной на восстановление (СТ-Р), и рефлексивно-деятельностного подхода, развивающего идеи культурно-исторической психологии, а также включает в себя модули, заимствованные из организационной психологии. Восстановление способности больных шизофренией к активному и конструктивному целеполаганию и планированию своего желаемого будущего осуществляется в опоре на многовекторную модель ЗБР и выделение проблемного эпицентра, поддержку субъектности, акцент на ресурсы и достижения.

СТ-Р разрабатывалась специалистами Института Бека в условиях работы именно с тяжелыми формами психических расстройств, с подобным же контингентом проводилась ИПМТ в условиях ПНИ. СТ-Р нацелена на укрепление устремлений и сосредоточении внимания на личностно значимой деятельности, которая может привести к желаемой жизни, что созвучно с целью ИПМТ. Полученные предварительные данные подтверждают возможность активизации ресурсов и конструктивной активности у пациентов, как в выборке из ПКБ, так и в выборке из ПНИ. Основным результатом тренинга, по мнению большинства выборки ПНИ, связан с лучшим пониманием себя — «Больше узнал о себе, своих потребностях, целях, возможностях». Многие высказывают желание дальше продолжать заниматься в группе или индивидуально, что свидетельствует о росте комплаентности, хотя в отличие от выборки из ПКБ у участников из ПНИ динамика комплаентности не достигает положительной значимости.

РДП предполагает содействие активной и осознанной работе субъекта со своими проблемами, а также раскрытию и росту его потенциала в процессе поиска их решения и преодоления трудностей. Основанием для разработки метода стала многовекторная модель зоны ближайшего развития В.К. Зарецкого, где динамика развития — постоянное расширение зон актуального и ближайшего развития, а проблемный эпицентр — это внутренние препятствия к осуществлению деятельности, связанные с когни-

тивными и личностными особенностями. Для определения проблемного эпицентра важно осознавать зону актуальной недоступности, к примеру, в случае с проживающими в ПНИ особенно значимы именно реалистичные и конкретные жизненные цели и задачи. Можно предположить, что те пятеро участников мотивационного тренинга из ПНИ, которые восстановили ограниченную дееспособность и теперь живут самостоятельно, соответственно и двигались в зоне ближайшего развития, получая необходимую помощь и поддержку со стороны специалистов и участников группы для прорыва через проблемный эпицентр. Для пациентов из ПНИ таким эпицентром были невозможность обращения за помощью и отсутствие установки на сотрудничество. Как показывают результаты исследования, отмечается рост значимости социальной поддержки для пациентов из ПНИ и активизации конструктивной стратегии ее поиска в результате проведенного мотивационного тренинга. О важности получения ее от специалистов для решения задачи возвращения частичной дееспособности косвенно свидетельствует также оценка важности работы тренера большинством участников группы, в то время как участники из ПКБ больше были ориентированы на членов группы.

Для пациентов из ПКБ эпицентром, блокирующим их ресоциализацию и развитие является дефицитарность мотивации достижения, доминирование стратегии избегания решения проблем. В результате тренинга происходит рост их самоофективности, готовности к решению проблем и сотрудничеству с окружающими для достижения поставленных целей.

Выводы

1. Разработанная оригинальная программа мотивационного тренинга для больных шизофренией включает ряд модулей, заимствованных из организационной психологии, опирается на исследования нарушений мотивации у больных шизофренией в клинической психологии и интегрирует принципы когнитивной терапии, ориентированной на восстановление (СТ-R), и рефлексивно-деятельностного подхода к трудностям в обучении (РДП), развивающего принципы культурно-исторической психологии.

2. В процессе тренинга у больных, проходящих лечение в ПКБ, имеют место существенные позитивные изменения в мотивационной сфере по наиболее проблемному вектору избегания проблем: снижаются уровень социального дистресса и социального избегания и частота использования деструктивных стратегий (избегание проблем), повышается комплаентность и самоофективность (как в межличностной, так и в

предметной деятельности), а также частота использования конструктивных копинг-стратегий (решение проблем).

3. У больных, проживающих в ПНИ, тренинг способствует позитивным изменениям по их наиболее проблемному вектору — разрыв связей с людьми, госпитализм, изоляция, неспособность к сотрудничеству: повышается частота использования стратегии поиска социальной поддержки, отмечается значимая динамика по общему показателю социальной тревожности. Отсутствие позитивных изменений по частоте использования конструктивной стратегии решения проблем и деструктивной стратегии избегания проблем, а также самоэффективности в предметной деятельности свидетельствует о том, что эти нарушения являются наиболее стойкими и пока не находятся в зоне ближайшего развития больных, а требуют дополнительной целенаправленной работы. Помимо этого, необходима дополнительная целенаправленная работа в отношении комплаентности (нет статистически значимой положительной динамики, в отличие от выборки ПКБ).

4. Помимо статистических методов для оценки эффективности программы, был использован метод самоотчета испытуемых в свободной форме (анкета обратной связи). Большинство участников выборки ПКБ считают, что самым полезным в тренинге было участие в группе, многие отметили также возросшее желание активно решать текущие проблемы и продолжить участие в реабилитационном процессе. Последнее свидетельствует о росте приверженности лечению, веры в свои силы и здоровой мотивации достижения. Участники тренинга группы ПНИ также субъективно высоко оценивают результаты работы и происходящие изменения, однако отмечают, что более всего способствовала усвоению материала работа тренера. Полученные результаты свидетельствуют, что для выборки ПКБ важен пример решения аналогичных проблем и взаимной поддержки после пережитого эпизода, а для группы ПНИ — доверительный контакт и заинтересованность со стороны «внешнего» социального мира, восстановление способности к сотрудничеству.

5. В совокупности с другими модулями реабилитационных программ, направленных на развитие социальных и когнитивных навыков, данная программа может способствовать более успешной адаптации больных, их большей мотивированности и вовлеченности в процесс лечения и реабилитации. Вместе с тем необходимо отметить ряд ограничений и сугубо предварительный характер выводов. В дальнейшем необходимы проведение сравнительного исследования с привлечением контрольных групп (пациенты, не получающие данный вид помощи) и оценка отсроченных результатов тренинга в плане улучшения социальной адаптации и ресоциализации больных (ретестирование и интервьюирование участников тренинга и экспертов), а также анализ влияния факторов пола, возраста, длительности болезни и пребывания в интернате.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алленова О. Люди, власть и ПНИ. Почему нет реформы психоневрологических интернатов [Электронный ресурс] // Газета Коммерсантъ, выпуск от 07.12.2019. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4180226> (дата обращения: 01.07.2021).
2. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство. СПб.: СпецЛит, 2011. 335 с.
3. Бек Дж. Когнитивная терапия. Полное руководство. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. 400 с.
4. Войтенко А.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: рук-во для врачей и психологов. СПб.: Фолиант, 2002. 255 с.
5. Выготский Л.С. Мышление и речь: психологические исследования. Л.: Гос. учеб.-пед. изд-во, 1934. 324 с.
6. Гурович И.Я. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных: Практическое руководство / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика, 2015. 418 с.
7. Дементьева Н.Ф. Проблемы соблюдения прав человека в психоневрологических интернатах и детских домах-интернатах // Права человека и психиатрия в Российской Федерации: доклад по результатам мониторинга и тематические статьи / Отв. ред. А. Новикова. М.: Московская Хельсинкская группа, 2004. 297 с.
8. Друкер П.Ф. Практика менеджмента. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2000. 398 с.
9. Жукова Л. Дома молчания. Как реформируют систему психоневрологических интернатов [Электронный ресурс] // РИА Новости. 03.03.2020. URL: <https://ria.ru/20170721/1498870814.html> (дата обращения: 01.07.2021).
10. Зарецкий В.К. Зона ближайшего развития: о чем не успел написать Выготский... // Культурно-историческая психология. 2007. Том 3. № 3. С. 96—104.
11. Зарецкий В. К. Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психологической помощи. Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 2. С. 8—37.
12. Зарецкий В.К. Теорема Л.С. Выготского «Один шаг в обучении — сто шагов в развитии»: в поисках доказательства // Культурно-историческая психология. 2015. Том 11. № 3. С. 44—63.
13. Зарецкий В.К., Николаевская И.А. Многовекторная модель зоны ближайшего развития как способ анализа динамики развития ребенка в учебной деятельности // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Том 27. № 2. С. 95—113.
14. Зарецкий Ю.В. Субъектная позиция по отношению к учебной деятельности как ресурс развития и предмет исследования // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 2. С. 110—128.
15. Зейгарник Б.В. Патопсихология: учебник для академического бакалавриата. М.: Юрайт, 2018. 367 с.
16. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1985. № 12. С. 1813—1819.

17. *Йеннер Дж.* Директивные интервенции в острой и социальной психиатрии. М.: Глобальная инициатива в психиатрии, 2010. 392 с.
18. *Кириллова М.Г., Курек Н.С.* Эмоции и мотивация больных шизофренией в ситуациях кооперации и конкуренции // Психологический журнал. 2002. Том 23, № 5. С. 80—87.
19. Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. [Электронный ресурс]. URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 01.08.2021).
20. *Котлер Ф., Бергер Р., Бикхофф Н.* Стратегический менеджмент по Котлеру. Лучшие приемы и методы. М.: Альпина Паблишер, 2012. 144 с.
21. *Коченов М.М., Николаева В.В.* Мотивация при шизофрении. М.: Изд-во МГУ, 1978. 88 с.
22. *Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991. 256 с.
23. *Курек Н.С.* Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. М.: Институт психологии РАН, 1996. 245 с.
24. *Курек Н.С.* Исследование снижения психической активности у больных шизофренией на материале процессов целеобразования и целедостижения: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1982. 207 с.
25. *Макклелланд Д.* Мотивация человека. СПб.: Питер, 2007. 672 с.
26. *Маслоу А.* Мотивация и личность. СПб.: Питер; 2003. 352 с.
27. На стыке двух спектров: нарушения социального познания при биполярном и шизоаффективном расстройствах / Под ред. А.Б. Холмогоровой. М.: Неолит, 2016. 200 с.
28. Письмо Министерства здравоохранения РФ № 14-2/И/1-4174 от 28.10.2019 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73436324/> (дата обращения: 30.08.2021).
29. Протокол заседания Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере от 29.03.2019 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.porechitely.ru/about/vypiska/> (дата обращения: 14.08.2021).
30. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Титанова; отв. ред. Ю.А. Александровский. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 2009 с.
31. *Селигман М.* Новая позитивная психология: научный взгляд на счастье и смысл жизни. М.: София, 2006. 368 с.
32. *Семенова Н.Д.* Психосоциальная методика для мотивирования пациентов // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Том 20. № 1. С. 52—64.
33. *Семенова Н.Д., Гурович И.Я.* Модуль формирования мотивации к реабилитации в условиях медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Том 24. № 4. С. 31—37.
34. *Сиснева М.Е.* Интеграция ресурсов системного подхода М. Спивака, когнитивно-бихевиоральной терапии и культурно-исторической психологии в решении задач реформирования психоневрологических интернатов в

- России // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 3. С. 140—158.
35. Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. М.: Изд-во МГУ. 1980 128 с.
 36. Сперанская Л.Н. Учение о стоимости Б. Франклина // Всемирная история экономической мысли: в 6 т. Т. 1. От зарождения экономической мысли до первых теоретических систем политической жизни. М.: Мысль, 1987. 606 с.
 37. Стандарты оказания помощи больным шизофренией / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. М.: Московский НИИ психиатрии Росздрава, 2006. 260 с.
 38. Судебные и нормативные акты РФ — Положение о психоневрологическом интернате Министерства социального обеспечения РСФСР, утвержденное Приказом Министерства социального обеспечения РФ от 27 декабря 1978 г. № 145 (с изменениями на 12 апреля 2007 г.). [Электронный ресурс]. URL: <https://sudact.ru/law/prikazminsotsobespecheniarsfsrot27121978n145/polozhenieopsikhonevrologicheskointernateministerstva/> (дата обращения: 01.04.19).
 39. Таккуева Е.В., Сиснева М.Е., Холмогорова А.Б. Возможности восстановления конструктивной активности и самоэффективности средствами мотивационного тренинга у больных шизофренией в условиях психоневрологического интерната // Современная терапия психических расстройств. 2019. № 4. С. 38—46.
 40. Таккуева Е.В., Холмогорова А.Б., Палин А.В. Консолидация достижений организационной и клинической психологии в реабилитации больных шизофренией: интегративная программа мотивационного тренинга // Современная терапия психических расстройств. 2019. № 1. С. 38—48.
 41. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. СПб.: Питер, 2003. 860 с.
 42. Холмогорова А.Б. Две конфликтующие методологии в исследованиях психотерапии и ее эффективности: поиск третьего пути (часть II) // Консультативная психология и психотерапия. 2010. Том 18. № 1. С. 14—37.
 43. Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1983. 219 с.
 44. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Том 17. № 4. С. 67—77.
 45. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания — новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. М.: Форум, 2016. 288 с.
 46. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., Пуговкина О.Д., Москачева М.А. Мишени и методы психологической помощи пациентам с расстройствами шизофренического и аффективного спектров. М.: Неолит, 2016. 96 с.
 47. Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли культурно-историческая концепция Л.С. Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты? // Культурно-историческая психология. 2011. Том 7. № 1. С. 108—118.
 48. Циринг Д.А. Психология выученной беспомощности: учеб. пособие. М.: Академия, 2005. 120 с.

49. Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Костюк Г.П. Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Том 26. № 4. 109 с.
50. Beck A.T., Finkel M.R., Beck J.S. The Theory of Modes: Applications to Schizophrenia and Other Psychological Conditions // Cogn Ther Res. 2021. № 45. P. 391—400.
51. Grant P.M., Beck A.T., Inverso E., Brinen A.P., Perivoliotis D. Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health Conditions. NY: Guilford Press, 2020. 274 p.
52. Grant P.M., Beck A.T. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia // Schizophr Bull. 2009. № 35(4). P. 798—806.
53. Grant P.M., Beck A.T. Asocial beliefs as predictors of asocial behavior in schizophrenia // Psychiatry Res. 2010. № 15. P. 65—70.
54. Grant P.M., Bredemeier K., Beck A.T. Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals With Schizophrenia // Psychiatr Serv. 2017. № 68(10). P. 997—1002.
55. Grant P.M., Huh G.A., Perivoliotis D., Stolar N.M., Beck A.T. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia // Arch Gen Psychiatry. 2012. № 69(2). P. 121—127.
56. Grant P.M., Perivoliotis D., Luther L., Bredemeier K., Beck A.T. Rapid improvement in beliefs, mood, and performance following an experimental success experience in an analogue test of recovery-oriented cognitive therapy // Psychol Med. 2018. № 48(2). P. 261—268.
57. Grant P.M., Reisweber J., Luther L., Brinen A.P., Beck A.T. Successfully breaking a 20-year cycle of hospitalizations with recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia // Psychol Serv. 2014. № 11(2). P. 125—133.
58. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman, 1975. 256 p.
59. Vita A., Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible? // Curr Opin Psychiatry. 2018. № 31(3). P. 246—255.

REFERENCES

1. Allenova O. Lyudi, vlast i PNI. Pochemu net reformy psixonevrologicheskix internatov [Elektronnyi resurs]. *Kommersant*. 07.12.2019. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4180226> (Accessed 01.07.2021)
2. Babin S.M. Psixoterapiya psixozov: prakticheskoe rukovodstvo. SPb.: SpeczLit, 2011. 335 p.
3. Bek J. Kognitivnaya terapiya. Polnoe rukovodstvo. M.: OOO «I.D. Vilyams», 2006. 400 p.
4. Vojtenko A.M. Socialnaya psixiatriya s osnovami mediko-socialnoj ekspertizy i reabilitologii: ruk-vo dlya vrachej i psixologov. SPb.: Foliant, 2002. 255 p.
5. Vygotski L.S. Myshlenie i rech: psixologicheskie issledovaniya. Leningrad: Gos. ucheb-ped. izd-vo, 1934. 324 p.
6. Gurovich I.Ya. Psixosocial'naya i kognitivnaya terapiya i reabilitaciya psixicheskix bol'ny'x: Prakticheskoe Rukovodstvo. Eds. I.Ya. Gurovich, A.B. Shmukler. M.: Medpraktika, 2015. 418 p.

7. Dementeva N.F. Problemy soblyudeniya prav cheloveka v psixonevrologicheskix internatax i detskix domax-internatax. Prava cheloveka i psixiatriya v Rossijskoj Federacii: doklad po rezul'tatam monitoringa i tematicheskie stat'. Ed. A. Novikova. M.: Moscow Helsinki Group, 2004. 297 p.
8. Druker P.F. Praktika menedzhmenta. M.: OOO «I.D. Vil'yams», 2000. 398 p.
9. Zhukova L. Doma molchaniya. Kak reformiruyut sistemu psixonevrologicheskix internatov [Elektronny'j resurs]. RIA Novosti. 03.03.2020. URL: <https://ria.ru/20170721/1498870814.html> (Accessed 01.07.2021).
10. Zarecki V.K. Zona blizhajshego razvitiya: o chem ne uspel napisat' Vygotskij... *Kulturno-istoricheskaya psixologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2007, № 3, pp. 96—104.
11. Zarecki V. K. Stanovlenie i sushhnost' reflektivno-deyatel'nostnogo podxoda v okazanii konsul'tativnoj psixologicheskoy pomoshhi. *Konsul'tativnaya psixologiya i psixoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2013, № 2, pp. 8—37.
12. Zarecki V.K. Teorema L.S. Vy'gotskogo «Odin shag v obuchenii — sto shagov v razvitii»: v poiskax dokazatel'stva. *Kul'turno-istoricheskaya psixologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2015, № 3, pp. 44—63.
13. Zarecki V.K., Nikolaevskaya I.A. Mnogovektornaya model' zony' blizhajshego razvitiya kak sposob analiza dinamiki razvitiya rebenka v uchebnoj deyatel'nosti. *Konsul'tativnaya psixologiya i psixoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2019, № 2, pp. 95—113.
14. Zarecki Yu.V. Subektnaya poziciya po otnosheniyu k uchebnoj deyatel'nosti kak resurs razvitiya i predmet issledovaniya. *Konsultativnaya psixologiya i psixoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2013, № 2, pp. 110—128.
15. Zejgarnik B.V. Patopsixologiya: uchebnik dlya akademicheskogo bakalavriata. M.: Yurajt, 2018. 367 p.
16. Zejgarnik B.V., Kholmogorova A.B. Narushenie samoreguljatsii poznavatel'noj deyatel'nosti u bol'ny'x shizofreniej. *Zhurn. nevropatol. i psixiatr. im. S.S. Korsakova = Zhurnal Nevrologii i Psixiatrii imeni S.S. Korsakova*, 1985, № 12, pp. 1813—1819.
17. Jenner J. Direktivny'e intervencii v ostroj i social'noj psixiatrii. M.: Global'naya iniciativa v psixiatrii, 2010. 392 p.
18. Kirillova M.G., Kurek N.S. E'mocii i motivaciya bol'ny'x shizofreniej v situacijax kooperacii i konkurencii. *Psixologicheskij zhurnal = Psychological journal*, 2002. T. 23, № 5, pp. 80—87.
19. Konvenciya o pravax invalidov. Prinyata rezolyuciej 61/106 General'noj Assamblei OON ot 13 dekabrya 2006 g. [Elektronnyj resurs] https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (accessed: 01.08.2021).
20. Kotler F., Berger R., Bikhoff N. Strategicheskij menedzhment po Kotleru. Luchshie priemy i metody. M.: Alpina Pablisher, 2012. 144 p.
21. Kochenov M.M., Nikolaeva V.V. Motivaciya pri shizofrenii. M.: Izd-vo MGU, 1978. 88 p.
22. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Yu.F. Patologiya psixicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii: motivaciya, obshhenie, poznanie. M.: MSU, 1991. 256 p.
23. Kurek N.S. Deficit psixicheskoy aktivnosti: passivnost' lichnosti i bolezni'. M.: Institut psixologii RAN, 1996. 245 p.

24. Kurek N.S. Issledovanie snizheniya psixicheskoy aktivnosti u bol'ny'x shizofreniej na materiale processov celeobrazovaniya i celedostizheniya. Diss. kand. psixol. nauk. M., 1982. 207 p.
25. Makklelland D. Motivaciya cheloveka. SPb.: Piter, 2007. 672 p.
26. Maslou A. Motivaciya i lichnost'. SPb.: Piter; 2003. 352 p.
27. Na styke dvux spektrov: narusheniya social'nogo poznavaniya pri bipolyarnom i shizoaffektivnom rasstrojstvax / pod red. A.B. Kholmogorovoj. M.: Neolit, 2016. 200 p.
28. Pismo Ministerstva zdavooxraneniya RF № 14-2/I/1-4174 ot 28.10.2019 [E'lektronny'j resurs], URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73436324/> (accessed 30.08.2021).
29. Protokol zasedaniya Soveta pri Pravitel'stve RF po voprosam popechitel'stva v social'noj sfere ot 29.03.2019 [Elektronny resurs]. URL: <https://www.popechiteli.ru/about/vypiska/> (accessed:14.08.2021).
30. Psixiatriya. Nacional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie / pod red. T.B. Dmitrievoj, V.N. Krasnova, N.G. Neznanova, V.Ya. Semke, A.S. Titanova; otv. red. Yu.A. Aleksandrovskij. M.: GE'OTAR-Media, 2012. 2009 p.
31. Seligman M. Novaya pozitivnaya psixologiya: nauchny'j vzglyad na schast'e i smy'sl zhizni. M.: «Sofiya», 2006. 368 p.
32. Semenova N.D. Psixosocial'naya metodika dlya motivirovaniya pacientov. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya*, 2010, № 1, pp. 52—64.
33. Semenova N.D., Gurovich I.Ya. Modul' formirovaniya motivacii k rehabilitacii v usloviyax mediko-reabilitacionnogo otdeleniya psixiatricheskoj bol'nicy. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya*, 2014, № 4, pp. 31—37.
34. Sisneva M.E. Integraciya resursov sistemnogo podxoda M. Spivaka, kognitivno-bivevioral'noj terapii i kul'turno-istoricheskoy psixologii v reshenii zadach reformirovaniya psixonevrologicheskix internatov v Rossii. *Konsultativnaya psixologiya i psixoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. № 3, pp. 140—158.
35. Sokolova E.T. Motivaciya i vospriyatye v norme i patologii. M.: MSU. 1980 128 p.
36. Speranskaya L.N. Uchenie o stoimosti B. Franklina // Vsemirnaya istoriya e'konomicheskoy my'sli: V 6 t. T.I. Ot zarozhdeniya e'konomicheskoy my'sli do pervy'x teoreticheskix sistem politicheskoy zhizni. M.: Mysl, 1987. 606 p.
37. Standarty' okazaniya pomoshhi bol'ny'm shizofreniej / pod red. V.N. Krasnova, I.Ya. Gurovicha, S.N. Mosolova, A.B. Shmuklera. M.: Moskovskij NII psixiatrii Roszdrava, 2006. 260 p.
38. Sudebny'e i normativny'e akty' RF — Polozhenie o psixonevrologicheskom internate Ministerstva social'nogo obespecheniya RSFSR, utverzhdennoe Prikazom Ministerstva social'nogo obespecheniya RF ot 27 dekabrya 1978 g. № 145 (s izmeneniyami na 12 aprelya 2007 g.). [E'lektronny'j resurs]. URL: <https://sudact.ru/law/prikazminsotsobespecheniarsfsrot27121978n145/polozhenieopsikhonevrologicheskominternateministerstva/> (accessed 01.04.19).
39. Takkueva E.V, Sisneva M.E, Kholmogorova A.B. Vozmozhnosti vosstanovleniya konstruktivnoj aktivnosti i samoe'ffektivnosti sredstvami motivacionnogo treninga u bol'ny'x shizofreniej v usloviyax psixonevrologicheskogo internata. *Sovremennaya terapiya psixicheskix rasstrojstv*, 2019, № 4, pp. 38—46.

40. Takkueva E.V., Kholmogorova A.B., Palin A.V. Konsolidaciya dostizhenij organizacionnoj i klinicheskoj psixologii v reabilitacii bol'ny'x shizofreniej: integrativnaya programma motivacionnogo treninga. *Sovremennaya terapiya psixicheskix rasstrojstv*, 2019, № 1, pp. 38—48.
41. Xekxauzen X. Motivaciya i deyatel'nost'. SPb.: Piter, 2003. 860 p.
42. Kholmogorova A.B. Dve konfliktuyushhie metodologii v issledovaniyax psixoterapii i ee e'ffektivnosti: poisk tret'ego puti (chast' II). *Konsultativnaya psixologiya i psixoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2010, № 1, pp. 14—37.
43. Kholmogorova A.B. Narusheniya reflektivnoj regulyacii poznavatel'noj deyatel'nosti pri shizofrenii. Diss. kand. psixol. nauk. M., 1983. 219 p.
44. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Dolny'kova A.A., Shmukler A.B. Programma treninga kognitivny'x i social'ny'x navy'kov (TKSN) u bol'ny'x shizofreniej. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya*, 2007, № 4, pp. 67—77.
45. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. Narusheniya social'nogo poznaniya — novaya paradigma v issledovaniyax central'nogo psixologicheskogo deficita pri shizofrenii. M.: Forum, 2016. 288 p.
46. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V., Pugovkina O.D., Moskacheva M.A. Misheni i metody psixologicheskoy pomoshhi pacientam s rasstrojstvami shizofrenicheskogo i affektivnogo spektrov. M.: Neolit, 2016. 96 p.
47. Kholmogorova A.B., Zareczki V.K. Mozhet li kul'turno-istoricheskaya koncepciya L.S. Vy'gotskogo pomoch' nam luchshe ponyat', chto my' delaem kak psixoterapevty'? *Kulturno-istoricheskaya psixologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2011, № 1, pp. 108—118.
48. Cirin D.A. Psixologiya vy'uchennoj bespomoshhnosti: uchebnoe posobie. M.: Akademiya, 2005. 120 p.
49. Shmukler A.B., Gurovich I.Ya., Kostyuk G.P. Stacionarnaya psixiatricheskaya pomoshh': deinstitutionalizaciya i ee posledstviya v stranax Severnoj Ameriki i Evropy'. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya*, 2016, № 4, p. 109.
50. Beck A.T., Finkel M.R., Beck, J.S. The Theory of Modes: Applications to Schizophrenia and Other Psychological Conditions. *Cogn Ther Res*, 2021, № 45, pp. 391—400.
51. Grant P.M., Beck A.T., Inverso E., Brinen A.P., Perivoliotis D. Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health Conditions. NY: Guilford Press, 2020. 274 p.
52. Grant P.M., Beck A.T. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 2009, № 35(4), pp. 798—806.
53. Grant P.M., Beck A.T. Asocial beliefs as predictors of asocial behavior in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 2010, № 15, pp. 65—70.
54. Grant P.M., Bredemeier K., Beck A.T. Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals With Schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2017, № 68(10), pp. 997—1002.
55. Grant P.M., Huh G.A., Perivoliotis D., Stolar N.M., Beck A.T. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia // *Arch Gen Psychiatry*, 2012, № 69(2), pp. 121—127.

56. Grant P.M., Perivoliotis D., Luther L., Bredemeier K., Beck A.T. Rapid improvement in beliefs, mood, and performance following an experimental success experience in an analogue test of recovery-oriented cognitive therapy. *Psychol Med*, 2018, № 48(2), pp. 261—268.
57. Grant P.M., Reisweber J., Luther L., Brinen A.P., Beck A.T. Successfully breaking a 20-year cycle of hospitalizations with recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia. *Psychol Serv*, 2014, № 11(2), pp. 125—133.
58. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman, 1975. 256 p.
59. Vita A., Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible? *Curr Opin Psychiatry*, 2018, № 31(3), pp. 246—255.

Информация об авторах

Таккуева Елена Викторовна, Руководитель психологической службы, Дом удивительных людей 77 (АНО «ДУЛ 77»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5690-6464>, e-mail: takkueva@mail.ru

Information about the authors

Elena V. Takkueva, Head of the psychological department Autonomous non-commercial organization «Home of amazing people 77», Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5690-6464>, e-mail: takkueva@mail.ru

Получена 15.06.2022

Received 15.06.2022

Принята в печать 10.02.2023

Accepted 10.02.2023