

# Возможности восстановления конструктивной активности и самооффективности средствами мотивационного тренинга у больных шизофренией в условиях психоневрологического интерната

Е.В. Таккуева<sup>1</sup>, М.Е. Сиснева<sup>2</sup>, А.Б. Холмогорова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Отдел обучения и развития ООО «Шереметьево VIP», Москва, Россия

<sup>2</sup> Межведомственная рабочая группа по разработке основных подходов к реформе психоневрологических интернатов при Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации, Москва, Россия

<sup>3</sup> Лаборатория клинической психологии и психотерапии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

## **РЕЗЮМЕ.**

**Актуальность.** В 2012 г. Российская Федерация ратифицировала Международную конвенцию о правах инвалидов. Важнейшими принципами конвенции являются полное и эффективное вовлечение и включение лиц с инвалидностью в общество, их принятие в качестве компонента людского многообразия, равенство возможностей. В связи с задачей реформирования психоневрологических интернатов (ПНИ) особую актуальность приобретают научные исследования психологических методов социализации пациентов, проживающих в ПНИ, через активизацию и развитие их психологических ресурсов и социальных компетенций.

**Материалы и методы.** В 2018–2019 гг. на базе ГБУ ПНИ № 18, 22, 30 г. Москвы были проведены занятия пяти групп мотивационного тренинга, направленного на активизацию и развитие ресурсов социальной адаптации больных шизофренией, проживающих в ПНИ. Общее количество участников в каждой группе – от 6 до 10. Длительность занятий одной группы – 8 недель. В исследовании эффективности мотивационного тренинга участвовали 25 пациентов, возраст 20–70 лет; 13 женщин и 12 мужчин, образование – среднее и высшее, длительность заболевания более 5 лет, с диагнозами «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства», «психопатоподобная шизофрения» (F20–F29, F21.4 по МКБ–10). Исследование проводилось до и после тренинга с использованием самооценочных методик: шкалы социального избегания и дистресса SADS (Уотсон Д., Фрэнд Р., адаптация В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, 2011), методики «Диагностика самооффективности» (Маддукс Дж. и Шеер М., адаптация А.В. Бояринцевой, 2011), методики «Индикатор копинг-стратегии» (Амихран Д., адаптация Н.А. Сироты, В.М. Ялтонского, 1995), методики «Комплаентность» (Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., 2013), Анкеты обратной связи от участников тренинга ведущим.

**Результаты.** Проведенное исследование эффективности мотивационного тренинга показало, что предлагаемая программа способствует позитивным изменениям в мотивационной сфере больных: возрастает самооценка эффективности в межличностной сфере, чаще используются важная конструктивная стратегия (поиск социальной поддержки), возрастает готовность к сотрудничеству со специалистами и желание продолжать психологическую работу, направленную на реинтеграцию в общество.

**Вывод.** Предварительно можно сделать вывод об эффективности предлагаемого оригинального варианта мотивационного тренинга для решения задачи повышения ресурсов социализации больных шизофренией, проживающих в ПНИ. Перспективы исследовательской работы состоят в расширении выборки, сопоставлении ее результатов с контрольными группами пациентов, не получающими данного вида помощи, а также получении данных об отсроченных результатах и наличии реальных сдвигов в социальной адаптации пациентов в течение года и более.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** психоневрологические интернаты, психосоциальная реабилитация, организационная психология, клиническая психология, мотивационный тренинг, шизофрения, расстройства шизофренического спектра, нарушения мотивации

**КОНТАКТ:** takkueva@mail.ru

## Введение

В настоящее время в психоневрологических интернатах (ПНИ) проживают более 156 тысяч граждан РФ, примерно 70 % из них лишены дееспособности [1]. В 2012 г. Российская Федерация ратифицировала Международную конвенцию о правах инвалидов. Важнейшими принципами Конвенции являются полное и эффективное вовлечение и включение лиц с инвалидностью в общество, их принятие в качестве компонента людского многообразия, равенство возможностей. Психоневрологические интернаты были созданы еще в советское время в качестве изолирующих учреждений для содержания лиц, страдающих хроническими психическими расстройствами, и до последнего времени функционировали в соответствии со старым Положением о психоневрологическом интернате от 1978 г. [2]. Устаревшая, дискриминирующая права инвалидов модель ПНИ неоднократно подвергалась критике со стороны правозащитных и социально ориентированных общественных организаций за сегрегацию проживающих там людей от общества, обеспечение только уровня их базовых социально-бытовых потребностей, однообразие обстановки, монотонность быта, дефицит общения, патерналистскую зависимость от персонала, недостаточность или отсутствие возможностей образования, полезной занятости, трудоустройства.

Все это наряду с многочисленными фактами нарушения прав человека в ПНИ поставило перед органами исполнительной власти РФ необходимость проведения реформы психоневрологических интернатов. В июне 2016 г. вице-премьер РФ О.Ю. Голодец дала поручение Министерству труда и социальной защиты РФ разработать «дорожную карту» по реформированию деятельности ПНИ. Были намечены различные направления реформы психоневрологических интернатов: закрепления различных форм сопровождаемого проживания инвалидов, расширения практики использования негосударственных организаций в качестве поставщиков социальных услуг, установления дополнительных гарантий реализации прав и свобод недееспособных граждан, создания интернат-замещающих моделей обслуживания, разработки системы долговременного ухода для граждан с инвалидностью, включающей получение социальной и медицинской помощи на дому и др. [3].

На специальном заседании Совета по правам человека при Президенте РФ, состоявшемся 24 июня 2019 г. и посвященном соблюдению прав человека в психоневрологических интернатах и созданию альтернативных им форм жизнеустройства, член Совета А.К. Соболева отметила, что в ПНИ могут направляться только люди с очень глубокими ментальными нарушениями, которые не могут жить самостоятельно и ухаживать за собой или проживание с которыми для других членов семьи невозможно в силу каких-то причин. В отношении других лиц с инвалидностью вследствие психического расстройства должны быть созданы условия для их социального обслуживания на дому и получения психиатрической амбулаторной помощи, что должно способствовать их реабилитации и включенности в общество вместо устаревшей

дискриминационной практики «выталкивания» этих людей в ПНИ. Поэтому на сегодняшний день особую актуальность приобретают научные данные относительно возможности социализации через активизацию и развитие ресурсов и компетенций пациентов, проживающих в ПНИ.

Разработанная Дж. Энгелем системная биопсихосоциальная модель соматического и психического здоровья [4, 5] за последние годы получила неоднократное подтверждение в новых исследованиях. Дж. Фава указывает на значительное увеличение числа работ, доказывающих влияние стрессовых событий и условий на переход от состояния уязвимости к психической болезни [7]. Тем не менее в российской системе здравоохранения и социальной защиты по-прежнему преобладает устаревшая медицинская модель в понимании психического расстройства, вызванной им инвалидностью и необходимой реабилитации. «Все еще имеет место недооценка значимости психосоциальных факторов и тенденциозное распределение ресурсов в исследованиях и практике лечения психических расстройств» [8].

Проблемы, с которыми сталкиваются люди с хроническими психическими расстройствами, включают в себя не только их непосредственные психопатологические проявления, но и трудности, связанные с правильным пониманием и адекватным взаимодействием в социальных ситуациях, предвзятое и унижающее отношение, вызываемое «странным», отличающимся от других поведением, проблемы совладания со стрессом, снижение памяти, затруднения с концентрацией внимания, мыслительные искажения, падение энергетического потенциала, разрушение мотивации. При этом проблема мотивации является одной из центральных в исследованиях шизофрении [9–16].

Шизофрения как ни одно другое психическое заболевание сопровождается нарушением социального функционирования – дестабилизацией личностных отношений, отрывом от семьи, общества, искажением привычных форм деятельности, общения [17]. Свыше 50 % больных шизофренией находятся в социально-активном возрасте [18], модальный возраст начала болезни для женщин – 25–30 лет, для мужчин – 18–25 лет. При этом в большинстве случаев (около 40 %) имеет место хроническое течение заболевания или течение с частыми обострениями, нарастающими изменениями потребностно-мотивационной сферы личности, нередко заканчивающиеся инвалидизацией [19]. Общее число больных шизофренией в Москве на 2014 г. составляет 60 745 (498 на 100 тыс. населения) [23]. Современные исследователи подчеркивают необходимость комплексного подхода к лечению шизофрении, в том числе с применением методов групповой терапии и тренинга социального взаимодействия [20–25, 31]. В работах, выполненных под руководством Б.В. Зейгарник и Ю.Ф. Полякова, показано, что мотивационный дефицит при шизофрении является ведущим или синдромообразующим [9, 10]. Исследования целеобразования у больных шизофренией, выполненные Е.Т. Соколовой [15], М.М. Коченовым, В.В. Николаевой [16], показали дефицит социальной мотивации

(нарушения мотива экспертизы). В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков показали, что введение мотивирующих стимулов может способствовать повышению уровня саморегуляции и направленности на достижение целей у больных [10].

Н.С. Курек исследовал процесс целеполагания у больных шизофренией и показал важную роль ангедонии в нарушениях мотивации достижения в форме преобладания мотивации избегания [12, 14]. А.Б. Холмогорова также изучала процессы саморегуляции и целеобразования у больных шизофренией на материале уровня притязаний и решения творческих задач. Выявленный феномен избегания трудностей и отказа от достижения целей в ее работах получил название «установка на самоограничение»: последняя отражает нарушение мотивации и выражается в направленности на ограничение контактов и сфер деятельности, предпочтении действовать сложившимися, легко актуализирующимися способами, избегании трудностей и интеллектуального напряжения [27, 28].

Ангедония как мотивационный компонент дефицита социального познания у больных расстройствами шизофренического спектра позднее изучалась в исследованиях, проведенных в 2013–2016 гг. О.В. Рычковой, А.Б. Холмогоровой и другими сотрудниками лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии [29]. В современных зарубежных исследованиях проблема нарушения мотивации также все чаще рассматривается в качестве одной из ключевых проблем в процессе реабилитационной работы с пациентами, страдающими шизофренией [16]. В руководстве по реабилитации (Neuropsychological Education Approach to Remediation – NEAR) подчеркивается, что затруднения в реабилитации пациентов с шизофренией в значительной степени обусловлены особенностями их мотивационной сферы [31]. Восстановление личности требует существенной перестройки мотивационной сферы, помощи больным в обретении новых целей, смыслов, в выработке конструктивных установок, а также в преодолении физической и социальной ангедонии. Социальные последствия психических расстройств – серьезная проблема не только для больных и их близких, но и для общества в целом [32].

Люди, покидающие психиатрические больницы после длительных госпитализаций или проживающие в социальных институциональных учреждениях, нуждаются в психологической поддержке и помощи по их социальной реинтеграции, переработке травматического опыта, преодолению психологических и социальных дефицитов. Все это бросает вызов исследователям и практикам, ставит цель разработки и апробации эффективных программ психосоциальной реабилитации хронически больных, улучшения их психологического благополучия, качества жизни, социальной адаптации [33].

В соответствии с Международной конвенцией о правах инвалидов, ратифицированной РФ в 2012 г., лица с инвалидностью (в том числе по психическому заболеванию) должны жить в обычных местах проживания, быть включенными в местное сообщество, по-

лучать услуги по социальному сопровождению, трудоустройству и полезной занятости [34]. Апробацию и проверку эффективности предлагаемой программы мотивационного тренинга проводили в период с 20 марта 2017 г. по 20 мая 2018 г. в ПКБ им. П.Б. Ганнушкина с больными шизофренией на базе дневного стационара при больнице. Результаты этой апробации уже были представлены на страницах журнала [35]. Результаты апробации программы мотивационного тренинга в условиях ПНИ приводятся впервые и представлены ниже.

## Материалы и методы

В период с 7 апреля по 27 июля 2019 г. проведено исследование эффективности программы мотивационного тренинга. Группа, участвующая в исследовании эффективности мотивационного тренинга, состояла из 25 пациентов, проживающих в ПНИ г. Москвы (ГБУ «Психоневрологический интернат № 18», ГБУ «Психоневрологический интернат № 22», ГБУ «Психоневрологический интернат № 30»), с диагнозами «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства», «психопатоподобная шизофрения» (F20–F29, F21.4 по МКБ-10); возраст пациентов 20–70 лет; образование – среднее и высшее, 12 женщин и 13 мужчин. Длительность заболевания более 5 лет; 3 эпизода болезни в анамнезе и более; эмоционально-волевое снижение разной степени без утраты навыков самообслуживания; желание пациента в плане повышения дееспособности, трудоустройства, реабилитации или иной социальной деятельности. Участники тренинга были выбраны администрацией ГБУ ПНИ № 18, 22, 30 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. Общее число тренингов групп, проведенных специалистами – 5. Число пациентов в группе варьировалось в диапазоне от 6 до 10. Общее количество занятий для каждой группы – 8, использовался сокращенный вариант тренинга, так как в условиях постоянного совместного проживания в ПНИ участникам не было необходимости знакомиться. Частота занятий – 1 раз в неделю. Тренинг вел один ведущий клинический психолог. В двух группах в ПНИ № 18 в качестве ко-тренеров привлекались два участника, уже прошедших ранее мотивационный тренинг. 25 участникам, которые прошли все 8 модулей тренинга, было предложено воспользоваться сертификатом об успешном прохождении обучения, который дает право посетить 5 бесплатных консультаций с психологом. Противопоказания к работе в группе: актуальная острая и подострая психотическая симптоматика, нарушающая социальное функционирование; нейрорептический синдром; соматические и неврологические заболевания в стадии декомпенсации; пациенты с видимым физическим дефектом (слепота, глухота); категорический отказ от участия в группе с недоброжелательным отношением; выраженная враждебность/тревожность/расторженность; неспособность контролировать по-

ведение; выраженное интеллектуальное снижение.

В программе мотивационного тренинга был использован целый ряд разработок из организационной психологии, направленных на формирование конструктивной мотивации достижения. Среди теоретических концепций, воплощенных в тренинговый формат для развития управленческих компетенций и мотивации персонала, использовались принципы так называемого содержательного подхода [36], процессуальный подход в исследовании трудовой мотивации [37], теория мотивации к росту и овладению мастерством [38]. Для интеграции данных подходов в мотивационный тренинг пациентов, страдающих шизофренией, был проведен анализ существующих тренинговых программ в организационной и клинической психологии и осуществлена попытка их синтеза путем адаптации ряда модулей тренингов для персонала с учетом особенностей мотивационной сферы лиц, больных шизофренией. Материал дается в порядке усложнения, а также в соответствии с уровнем сложности, доступной участникам тренинга. Так, в ИПМТ были использованы адаптированные техники менеджмента.

1. Иерархия потребностей [38]. На тренинге изучается теория потребностей А. Маслоу, а также происходит отработка теории на практике – анализируются потребности, желания и планы каждого из участников, сопоставляются с концепцией А. Маслоу. Материал закрепляется самостоятельной работой с дальнейшей проверкой на следующем занятии.

2. SMART-постановка целей [39]. Для упрощения на тренинге дается русифицированный вариант аббревиатуры SMART – КИДСО, представляющий собой мнемоническую аббревиатуру: Конкретность, Измеримость, Достижимость, Сопоставимость, Определенность во времени. На занятии подчеркивается, что достижение цели зависит от ее формулировки, и первый шаг к успеху – правильно сформулированные цели. Доводится до сведения идея, что если нет вышеназванных критериев, то мы имеем дело не с целью, а с мечтой. На тренинге корректируются цели участников в соответствии с техникой КИДСО. Каждым из участников ставятся цели на ближайшую

неделю, месяц и т. д. Материал закрепляется разбором на тренинге и самостоятельной работой с дальнейшей проверкой на следующем занятии.

3. SWOT-анализ [40] (русифицированный вариант аббревиатуры – ССВВ). На тренинге дается техника, позволяющая систематизировать предшествующую информацию для выработки стратегии. Подчеркивается, что данная техника планирования может использоваться как для оперативной оценки, так и для стратегического планирования на длительный период. Планируются актуальные цели на срок полгода-год.

4. Пирамида жизни [41]. На тренинге каждым из участников составляется личный план действий на ближайший год на основе пирамиды жизни Бенджамина Франклина. Материал закрепляется разбором на тренинге и самостоятельной работой с дальнейшей проверкой на следующем занятии.

Тренинг состоит из 10 модулей.

Модуль 1. Знакомство – вступление, введение в формат, мотивация на дальнейшие занятия.

Модуль 2. Мои достижения – акцент на предыдущих достижениях, сильных сторонах участников.

Модуль 3. Пирамида потребностей А. Маслоу – осознание собственных потребностей.

Модуль 4. Цель КИДСО – перевод потребностей в конкретные реалистичные цели.

Модуль 5. Повтор и отработка пройденного материала.

Модуль 6. SWOT-анализ (ССВВ) – анализ и систематизации информации для выбора стратегии и реалистичного планирования.

Модуль 7. Баланс сил и многообразие – разные способы удовлетворения потребностей.

Модуль 8. Личный план действий – выработка личного плана на ближайший год.

Модуль 9. Самопрезентация, презентация себя и результатов тренинга.

Модуль 10. Итоги, чаепитие, мотивация на дальнейшие занятия.

Схематичная карта тренинга и основные задачи ведущих модульного мотивационного тренинга представлены на рис. 1, 2.

Специфика Интегративной программы мотивацион-



Рисунок 1. Структура мотивационного тренинга



ного тренинга (ИПМТ), в отличие от Программы тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией [39], а также Методики мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации [40]), 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, стратегического планирования;

2) благодаря систематичным 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) в ИПМТ использован формат, свойственный формату тренинга для персонала. 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.

#### **Использованные методы оценки эффективности тренинга:**

1. Шкала социального избегания и дистресса SADS (Уотсон Д., Фрэндр Р., адаптация В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, 2011), направленная на диагностику уровня дистресса и избегания в социальных ситуациях. Методика состоит из 28 вопросов, каждый из пунктов оценивается испытуемым как верный или неверный.

2. Методика «Диагностика самооэффективности» (Маддукс Дж. и Шеер М., адаптация А.В. Бояринцевой, 2011), направленная на оценку личности сво-

его потенциала в сфере предметной деятельности и в сфере общения. Методика состоит из 23 утверждений, с каждым из которых испытуемый оценивает степень своего согласия по 11-балльной шкале. В исследовании, с учетом специфики выборки, шкала ответов была сокращена до трех вариантов – полностью согласен, согласен, не согласен.

3. Методика «Индикатор копинг-стратегии» (Амихран Д., адаптация Н.А. Сироты, В.М. Ялтонского, 1995), предназначенная для диагностики базисных копинг-стратегий поведения, используемых для преодоления стрессовых ситуаций. Оценивается склонность к использованию каждой из следующих трех стратегий: разрешение проблем, поиск социальной поддержки и избегание. Методика включает 33 вопроса с тремя вариантами ответов: полностью согласен, согласен, не согласен.

4. Методика «Комплаентность» (Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., 2013), направленная на оценку комплаентности пациентов к проводимой психотерапии, психотерапии и реабилитации. Методика включает 25 вопросов со следующими вариантами ответов: полностью согласен, согласен, не согласен.

5. Анкета обратной связи, направленная на получение обратной связи от участников тренинга по следующим критериям: общая оценка тренинга, интерес к материалу, польза, личная активность, уровень комфорта, профессионализм тренеров, раздаточные материалы. Также предлагалось оценить, что больше всего способствовало усвоению материала и дать оценку собственных результатов в следующих сферах: целеполагание, самооэффективность, социальная эффективность.

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

## Результаты

Результаты обработки данных показали, что после тренинга у участников снижается дистресс и социальное избегание (показатели шкалы социального избегания и дистресса – SADS). Однако полученные результаты не имеют статистической значимости, поэтому мы их не приводим.

Результаты обработки данных по методу «Диагностика самооффективности» (Маддукс Дж. и Шеер М., адаптация А.В. Бояринцевой, 2011) приведены на рис. 3. Критерий Wilcoxon для связанных выборок представлен в табл. 1.

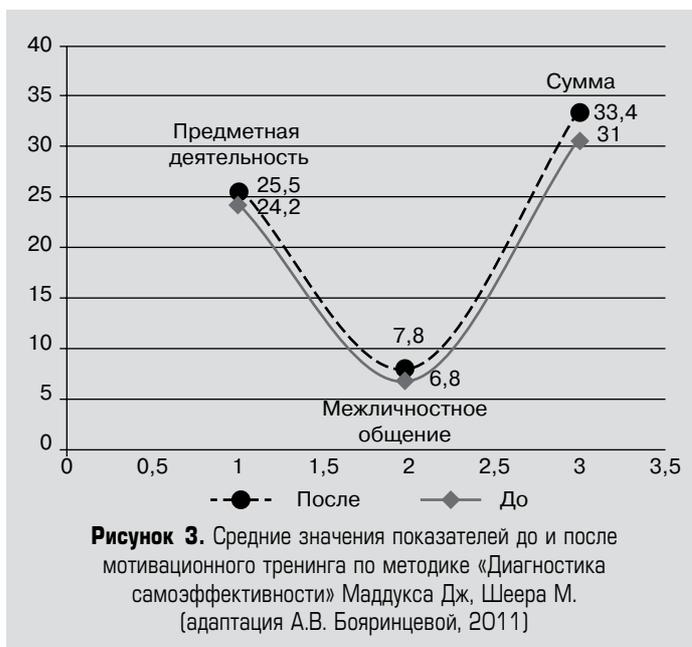
Результаты обработки данных показали, что после тренинга статистически значимо повышается оценка своей эффективности в межличностной сфере общения по шкале самооффективности (рис. 4). Самооценка эффективности в предметной деятельности повышается на уровне тенденции к статистической значимости.

Результаты обработки данных по методике «Индикатор копинг-стратегии» (Амихран Д., адаптация Н.А. Сироты, В.М. Ялтонского, 1995) показаны на рис. 4. Критерий Wilcoxon для связанных выборок представлен в табл. 2.

Результаты обработки данных показали, что после тренинга у участников повышается частота использования конструктивных копинг-стратегий: поиск социальной поддержки на уровне статистической значимости и решение проблем (динамика не имеет статистической значимости). Однако использование деструктивной копинг-стратегии избегания остается практически неизменным.

Результаты обработки данных методики «Комплаентность» (Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., 2013), представлены на рис. 5.

Результаты обработки данных показали, что после тренинга у участников повышается показатель комплаентности на уровне тенденции к статистической значимости –  $p = 0,082$  (критерий Wilcoxon для связанных выборок по методике «Комплаентность»). Можно предположить, что при увеличении выборки указанные позитивные изменения достигнут статистической значимости.



**Рисунок 3.** Средние значения показателей до и после мотивационного тренинга по методике «Диагностика самооффективности» Маддукса Дж, Шеера М. (адаптация А.В. Бояринцевой, 2011)



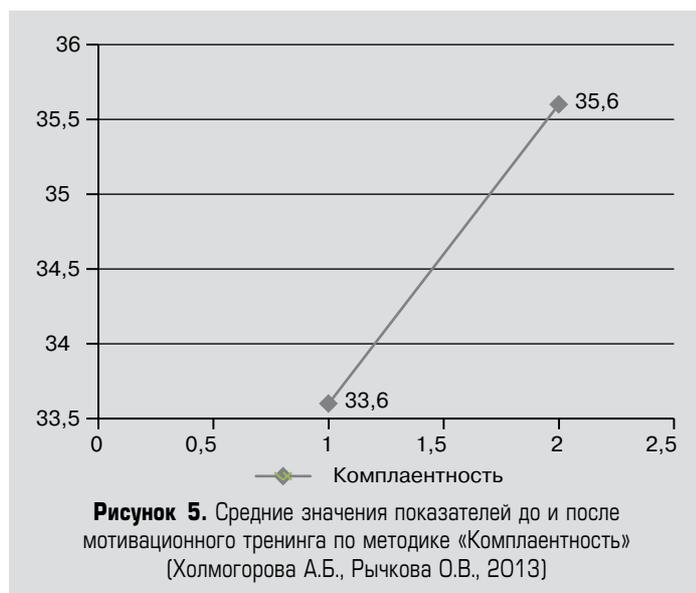
**Рисунок 4.** Средние значения показателей до и после мотивационного тренинга по методике «Индикатор копинг-стратегии» Амихрана Д. (адаптация Н.А. Сироты, В.М. Ялтонского, 1995)

**Таблица 1.** Критерий Wilcoxon для связанных выборок по методу «Диагностика самооффективности» Маддукса Дж. и Шеера М. (адаптация А.В. Бояринцевой, 2011)

Критерий Wilcoxon для связанных выборок	Предметная деятельность после – Предметная деятельность до	Межличностное общение после – Межличностное общение до	Сумма после – Сумма до
Асимптотическая значимость (двухсторонняя)	0,087	0,029	0,024

**Таблица 2.** Критерий Wilcoxon для связанных выборок по методу «Индикатор копинг-стратегии» (Амихран Д., адаптация Н.А. Сироты, В.М. Ялтонского, 1995)

Критерий Wilcoxon для связанных выборок	Решение проблем после – Решение проблем до	Социальная поддержка после – Социальная поддержка до	Избегание проблем после – Избегание проблем до
Асимптотическая значимость (двухсторонняя)	0,106	0,008	0,863



Для оценки удовлетворенности тренингом участникам было предложено заполнить анкеты обратной связи. Из 25 участников 23 оценили тренинг на 5 баллов (по 5-бальной шкале), при этом 4 балла поставили всего 2 участника. Далее представлены некоторые цитаты из анкеты обратной связи: «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», «Больше узнал о себе самом и много полезного», «Расширился круг знаний, получил необходимое обучение. Хотелось бы почаще встречаться с психологом», «Результат тренинга – уверенность в получении дееспособности», «Получила удовольствие от тренинга, хочу и буду дальше заниматься с психологом», «Лучше стала понимать, как добиваться своей цели. Хотелось бы увеличить время занятий», «Сплоченность нашей группы. Правильное отношение тренера к вопросам, которые ставились на тренинге», «Стало более комфортно находиться в группе людей», «Я сформулировала цель и средства к достижению этой цели. Захотелось чаще общаться с психологом и заниматься тренингом», «Тренинг помог оформить свои мысли по поводу самореализации». Таким образом, мотивационный тренинг был достаточно высоко оценен участниками.

## Обсуждение и выводы

Как показывают многочисленные исследования, для больных шизофренией характерны установка на избегание усилий и неуспеха, низкая социальная мотивация, отказ от активности [7, 9, 11, 23–25]. У пациентов в ПНИ дополнительным фактором снижения социальной мотивации являются жесткие условия институционализации и социальной изоляции. Существующие тренинги [10, 39] доказывают, что несмотря на низкую социальную мотивацию и продуктивность больных шизофренией, ресурсы для ее повышения есть. Однако до сих пор не проводилось исследований эффективности мотивационных тренингов у больных

шизофренией, проживающих в ПНИ. Такая попытка впервые предпринята авторами исследования. Полученные предварительные данные подтверждают возможность активизации ресурсов и конструктивной активности у этих больных. Они также позволяют сделать выводы о наиболее сложных мишенях работы в форме устойчивой склонности к стратегии избегания у больных шизофренией, проживающих в ПНИ, и относительно стойким показателям социальной тревожности (их динамика не достигает статистической значимости).

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. Разработанная оригинальная программа мотивационного тренинга для больных шизофренией включает ряд модулей, заимствованных из организационной психологии: (Иерархия потребностей [35], SMART-постановка целей [36], SWOT-анализ [37], Пирамида жизни [38]) и опирается на исследования нарушений мотивации у больных шизофренией в клинической психологии. Исследование показало, что тренинг способствует позитивным изменениям в мотивационной сфере больных: повышению комплаентности и самоэффективности (как в межличностной, так и в предметной деятельности), а также повышению частоты использования конструктивных копинг-стратегий (таких как решение проблем и поиск социальной поддержки).

2. Отсутствие статистически значимой динамики по показателям социальной тревожности и практическое отсутствие позитивных изменений по частоте использования деструктивной стратегии избегания проблем свидетельствует о том, что эти нарушения являются наиболее стойкими и требуют дополнительной целенаправленной работы.

2. Помимо статистических методов для оценки эффективности программы был использован метод самоотчета испытуемых в свободной форме (анкета обратной связи), который показал, что больные субъективно высоко оценивают результаты работы и происходящие изменения.

3. 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, а также опрос специалистов-экспертов в течение года). Обнадеживает, что на данный момент пятеро участников мотивационного тренинга уже получили ограниченную дееспособность, еще семеро войдут в судебный процесс по получению ограниченной дееспособности, одна участница обратилась в ПНД по вопросу изменения диагноза на более легкий, в настоящее время планируется ее перевод в социальную стационарную организацию общего типа.

## ЛИТЕРАТУРА

## REFERENCES

1. РИА новости. Данные по результатам проверки психоневрологических интернатов РФ, проведенной Роструда по поручению вице-премьера РФ Т.А. Голиковой в феврале-марте 2019 г. [Электронный ресурс]. – URL: <https://ria.ru/20190306/1551586519.html> (дата обращения 01.04.19).
2. 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/prikaz-minsotsobespecheniia-rsfsr-ot-27121978-n-145-polozhenie-opshkhonevrologicheskome-internateministerstva/> (дата обращения 01.04.19).
3. Совет при Правительстве РФ. [Электронный ресурс]. – URL: <http://popechitely.ru/about/vypiska/> (дата обращения 01.04.19).
4. Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. – 1977. – Vol. 196, No. 4286 (Apr. 8). – P. 129–136.
5. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // American Journal of Psychiatry. – 1980. – Vol. 137 (5). – P. 236–250.
6. Engel G.L. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? // Psychother. Psychosom. – 1992. Vol. 57 (1–2). – P. 3–16.
7. Fava J. The biopsychosocial model thirty years later // Psychother. Psychosom. – 2008. Vol. 77 (1). – P. 1–2. – DOI: 10.1159/000110052
8. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания. Новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. – М.: Форум, 2016. – 288 с.
9. Зейгарник Б.В. Патопсихология: учебник для академического бакалавриата. – 3-е изд., пер. и доп. – М.: Юрайт, 2018. – 367 с.
10. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 256 с.
11. 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.
12. Курек Н.С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. – М.: Институт психологии РАН, 1996. – 245 с.
13. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации в условиях медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 4. – С. 31–37.
14. Кириллова М.Г., Курек Н.С., Эмоции и мотивация больных шизофренией в ситуациях кооперации и конкуренции // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23, № 5. – С. 80–87.
15. Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. – М.: Изд-во МГУ. 1980 – 128 с.
16. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. – М.: Изд-во МГУ, 1978. – 88 с.
17. Головина А.Г. Адаптация подростков больных шизофренией, в родительской семье (на примере приступообразно-прогредиентной и вялотекущей шизофрении): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 22 с.
18. Войтенко А.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: рук-во для врачей и психологов. – СПб.: Фолиант, 2002. – 255 с.
19. 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.
20. Костюк Г.П. Оптимизация работы психиатрической службы Москвы: Материалы Научно-практической конференции «Лечение шизофрении в новой модели оказания психиатрической помощи: Тезисы докладов. – М., 2017. – С. 34.
21. 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.
22. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство. – СПб.: СпецЛит, 2011. – 335 с.
23. 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. Т. 26 № 4. – 109 с.
24. Йеннер Дж. Директивные интервенции в острой и социальной психиатрии. – М.: Глобальная инициатива в психиатрии, 2010. – 392 с.
25. Гурович И.Я. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных: Практическое руководство / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. – М.: Медпрактика-М, 2015. – 418 с.
26. Климов О.А. Три месяца с ложкой в кармане // Новостной портал «Сибирь. Реалии». 19.01.2018. – URL: <https://www.sibreal.org/a/28935155.html> (дата обращения 12.08.2019).
27. 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.
28. Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: дис. ... канд. психол. наук. – М., 1983. – 219 с.
29. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания – новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. – М.: Форум, 2016. – 288 с.
30. На стыке двух спектров: нарушения социального познания при биполярном и шизоаффективным расстройствах / под ред. А.Б. Холмогоровой. – М.: Неолит, 2016. – 200 с.
1. RIA novosti. Dannie po rezul'tatam proverki psikhonevrologicheskikh internatov RF, provedennoi Rostruda po porucheniyu vitse-prem'era RF T.A. Golikovoii v fevrale-marte 2019 g. [Elektronnyi resurs]. – URL: <https://ria.ru/20190306/1551586519.html> (data obrashcheniya 01.04.19).
2. Sudebnye i normativnye akty RF – Polozhenie o psikhonevrologicheskom internate Ministerstva sotsial'nogo obespecheniya RSFSR, utverzhdennoe Prikazom Ministerstva sotsial'nogo obespecheniya RF ot 27 dekabrya 1978 g. № 145 [s izmeneniyami na 12 aprelya 2007 g.]. [Elektronnyi resurs]. – URL: <https://sudact.ru/law/prikaz-minsotsobespecheniia-rsfsr-ot-27121978-n-145-polozhenie-opshkhonevrologicheskome-internateministerstva/> (data obrashcheniya 01.04.19).
3. Sovet pri Pravitel'stve RF. [Elektronnyi resurs]. – URL: <http://popechitely.ru/about/vypiska/> (data obrashcheniya 01.04.19).
4. Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. – 1977. – Vol. 196, No. 4286 (Apr. 8). – P. 129–136.
5. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // American Journal of Psychiatry. – 1980. – Vol. 137 (5). – P. 236–250.
6. Engel G.L. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? // Psychother. Psychosom. – 1992. Vol. 57 (1–2). – P. 3–16.
7. Fava J. The biopsychosocial model thirty years later // Psychother. Psychosom. – 2008. Vol. 77 (1). – P. 1–2. – DOI: 10.1159/000110052
8. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. Narusheniya sotsial'nogo poznaniya. Novaya paradigma v issledovaniyakh tsentral'nogo psikhologicheskogo defitsita pri shizofrenii. – M.: Forum, 2016. – 288 s.
9. Zeigarnik B.V. Patopsikologiya: uchebnik dlya akademicheskogo bakalavriata. – 3-e izd., per. i dop. – M.: Yurait, 2018. – 367 s.
10. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Yu.F. Patologiya psikhicheskoii deyatel'nosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshchenie, poznanie. – M.: Izd-vo MGU, 1991. – 256 s.
11. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V., Pugovkina O.D., Moskacheva M.A., Misheni i metody psikhologicheskoi pomoshchi patsientam s rasstroistvami shizofrenicheskogo i affektivnogo spektrov. – M.: Neolit, 2016. – 96 s.
12. Kurek N.S. Defitsit psikhicheskoi aktivnosti: passivnost' lichnosti i bolezni'. – M.: Institut psikhologii RAN, 1996. – 245 s.
13. Semenova N.D., Gurovich I.Ya. Modul' formirovaniya motivatsii k reabilitatsii v usloviyakh mediko-reabilitatsionnogo otdeleniya psikhiatricheskoi bol'nitsy // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatrya. – 2014. – T. 24, № 4. – S. 31–37.
14. Kirillova M.G., Kurek N.S., Emotsii i motivatsiya bol'nykh shizofreniei v situatsiyakh kooperatsii i konkurentsii // Psikhologicheskii zhurnal. – 2002. – T. 23, № 5. – S. 80–87.
15. Sokolova E.T. Motivatsiya i vospriyatie v norme i patologii. – M.: Izd-vo MGU. 1980 – 128 s.
16. Kochenov M.M., Nikolaeva V.V. Motivatsiya pri shizofrenii. – M.: Izd-vo MGU, 1978. – 88 s.
17. Golovina A.G. Adaptatsiya podrostkov bol'nykh shizofreniei, v roditel'skoi sem'e (na primere pristupoobrazno-progredientnoi i vyalotekushchei shizofrenii): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 2000. – 22 s.
18. Voitenko A.M. Sotsial'naya psikhiatrya s osnovami mediko-sotsial'noi ekspertizy i reabilitologii: ruk-vo dlya vrachei i psikhologov. – SPb.: Foliant, 2002. – 255 s.
19. Psikhiatrya. Natsional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie / pod red. T.B. Dmitrievoi, V.N. Krasnova, N.G. Neznanova, V.Ya. Semke, A.S. Titanova; отв. red. Yu.A. Aleksandrovskii. – M.: GEOTAR-Media, 2012. – 2009 s.
20. Kostyuk G.P. Optimizatsiya raboty psikhiatricheskoi sluzhby Moskvy: Materialy Nauchno-prakticheskoi konferentsii «Lechenie shizofrenii v novoi modeli okazaniya psikhiatricheskoi pomoshchi: Tezisy dokladov. – M., 2017. – С. 34.
21. Standarty okazaniya pomoshchi bol'nym shizofreniei / pod red. V.N. Krasnova, I.Ya. Gurovicha, S.N. Mosolova, A.B. Shmuklera. – M.: Moskovskii NII psikhiatrii Roszdrava, 2006. – 260 s.
22. Babin S.M. Psikhoterapiya psikhozov: prakticheskoe rukovodstvo. – SPb.: SpetsLit, 2011. – 335 s.
23. Shmukler A.B., Gurovich I.Ya., Kostyuk G.P. Statsionarnaya psikhiatricheskaya pomoshch': deinstitsionalizatsiya i ee posledstviya v stranakh Severnoi Ameriki i Evropy // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatrya. 2016. T. 26 № 4. – 109 s.
24. Ienner Dzh. Direktivnye interventsii v ostroi i sotsial'noi psikhiatrii. – M.: Global'naya initsiativa v psikhiatrii, 2010. – 392 s.
25. Gurovich I.Ya. Psikhosotsial'naya i kognitivnaya terapiya i reabilitatsiya psikhicheskii bol'nykh: Prakticheskoe rukovodstvo / pod red. I.Ya. Gurovicha, A.B. Shmuklera. – M.: Medpraktika-M, 2015. – 418 s.
26. Klimov O.A. Tri mesyatsa s lozhkoi v karmane // Novostnoi portal «Sibir'. Realii». 19.01.2018. – URL: <https://www.sibreal.org/a/28935155.html> (data obrashcheniya 12.08.2019).
27. Zeigarnik B.V., Kholmogorova A.B. Narushenie samoregulatsii poznavatel'noi deyatel'nosti u bol'nykh shizofreniei // Zhurn. nevropatol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. – 1985. – № 12. – С. 1813–1819.
28. Kholmogorova A.B. Narusheniya refleksivnoi regulatsii poznavatel'noi deyatel'nosti pri shizofrenii: dis. ... kand. psikhol. nauk. – M., 1983. – 219 s.
29. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. Narusheniya sotsial'nogo poznaniya – novaya paradigma v issledovaniyakh tsentral'nogo psikhologicheskogo defitsita pri shizofrenii. – M.: Forum, 2016. – 288 s.
30. Na styke dvukh spektrov: narusheniya sotsial'nogo poznaniya pri bipolyarnom i shizoaffektivnom rasstroistvakh / pod red. A.B. Kholmogorovoi. – M.: Neolit, 2016. – 200 s.

31. Medalia A., Revheim N., Herlands T. Cognitive remediation for psychological disorders. – New York: Oxford University Press, 2009. – P. 50.
32. Казаковцев Б.А. Психиатрия. О реальном и должном // Медицинский вестник. – 2004. – № 4 (275). – С. 7–11.
33. Королева Е.Г. Деонтология в психиатрии: учеб.-методич. пособие для студентов медико-психологического факультета, психологов, интернов, клинических ординаторов и врачей психиатрического профиля. – Гродно: УО «ГрГМУ», 2009. – 99 с.
34. Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г.
35. 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.
36. Макклелланд Д. Мотивация человека / пер. с англ. ООО Питер Пресс; научн. ред. проф. Ильина Е.П. – СПб.: Питер, 2007. – 672 с.
37. Хеккхаузен Х. Мотивация и деятельность. – 2-е изд. – СПб.: Питер; 2003. – 860 с.
38. Маслоу А. Мотивация и личность. – 3-е изд. – СПб.: Питер; 2003. – 352 с.
39. Друкер П.Ф., Практика менеджмента / пер. с англ. – М.: Издат. дом «Вильямс», 2000. – 398 с.
40. Котлер Ф., Бергер Р., Бикхофф Н. Стратегический менеджмент по Котлеру. Лучшие приемы и методы. – М.: Альпина Паблшер, 2012. – 144 с.
41. Сперанская Л.Н. Учение о стоимости Б. Франклина // Всемирная история экономической мысли: В 6 томах / гл. ред. В. Н. Черковец. – М.: Мысль, 1987. – Т. I. От зарождения экономической мысли до первых теоретических систем политической жизни. – 606 с.
42. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Дальникова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 4. – С. 67–77.
43. Семенова Н.Д. Психосоциальная методика для мотивирования пациентов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 1. – С. 52–64.
31. Medalia A., Revheim N., Herlands T. Cognitive remediation for psychological disorders. – New York: Oxford University Press, 2009. – P. 50.
32. Kazakovtsev B.A. Psikiatriya. O realnom i dolzhnom // Meditsinskii vestnik. – 2004. – № 4 (275). – S. 7–11.
33. Koroleva E.G. Deontologiya v psikiatrii: ucheb.-metodich. posobie dlya studentov mediko-psikhologicheskogo fakul'teta, psikhologov, internov, klinicheskikh ordinatov i vrachei psikiatricheskogo profilya. – Grodno: UO «GrGMU», 2009. – 99 s.
34. Konventsiya o pravakh invalidov. Prinyata rezolyutsiei 61/106 Generalnoi Assamblei OON ot 13 dekabrya 2006 g.
35. Takkueva E.V., Kholmogorova A.B., Palin A.V. Konsolidatsiya dostizhenii organizatsionnoi i klinicheskoi psikhologii v reabilitatsii bolnykh shizofreniei: integrativnaya programma motivatsionnogo treninga // Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv. – 2019. – № 1. – S. 38–48.
36. Makklelland D. Motivatsiya cheloveka / per. s angl. OOO Piter Press; nauchn. red. prof. Ilina E.P. – SPb.: Piter, 2007. – 672 s.
37. Khekhauzen Kh. Motivatsiya i deyatel'nost'. – 2-e izd. – SPb.: Piter; 2003. – 860 s.
38. Maslou A. Motivatsiya i lichnost'. – 3-e izd. – SPb.: Piter; 2003. – 352 s.
39. Druker P.F., Praktika menedzhmenta / per. s angl. – M.: Izdat. dom «Vilyams», 2000. – 398 s.
40. Kotler F., Berger R., Bikkhoff N. Strategicheskii menedzhment po Kotleru. Luchshie priemy i metody. – M.: Alpina Pablsher, 2012. – 144 s.
41. Speranskaya L.N. Uchenie o stoimosti B. Franklina // Vsemirnaya istoriya ekonomicheskoi mysli: V 6 tomakh / gl. red. V. N. Cherkovets. – M.: Mysl', 1987. – T. I. Ot zarozhdeniya ekonomicheskoi mysli do pervykh teoreticheskikh sistem politicheskoi zhizni. – 606 s.
42. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Dalnykova A.A., Shmukler A.B. Programma treninga kognitivnykh i sotsialnykh navykov (TKSN) u bolnykh shizofreniei // Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. – 2007. – T. 17, № 4. – S. 67–77.
43. Semenova N.D. Psikhosotsial'naya metodika dlya motivirovaniya patsientov // Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. – 2010. – T. 20, № 1. – S. 52–64.

## Restorative possibilities of constructive activity and self-efficacies by means of motivational training of those who suffers from schizophrenia in conditions of psychoneurological boarding schools

E.V. Takkueva<sup>1</sup>, M.E. Sisneva<sup>2</sup>, A.B. Kholmogorova<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Training and Development Department of LLC "Sheremetyevo VIP", Moscow, Russia

<sup>2</sup> Interdepartmental Working Group on the development of basic approaches for reformation of psychoneurological boarding schools under the The Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Moscow, Russia

<sup>3</sup> Laboratory of clinical psychology and psychotherapy Moscow Research Institute of psychiatry of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

### ABSTRACT:

**Relevance.** In 2012, the Russian Federation ratified the International Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The most important principles of the Convention are the full and effective engagement and inclusion of people with disabilities in society, their acceptance as a component of human diversity and equality of opportunity. Due to the important goal of reforming the system of psychoneurological residential care facilities, scientific research on the psychological methods of socializing the patients living in residential care facilities through the activation and development of their psychological resources and social competencies is becoming particularly essential.

**Materials and methods.** In 2008–2019, in three psychoneurological residential care facilities in Moscow five groups of motivational training were carried out, aimed at enhancing and developing the resources of social adaptation of schizophrenia patients. The total number of participants in each group varied from 8 to 10. The duration of training was 8 weeks. The study of effectiveness of motivational training involved 25 patients from 20 to 70 years old, 13 women and 12 men with secondary and higher education; the duration of disease was more than 5 years, diagnosed with schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, psychopathic schizophrenia (F20–F29, F21.4 according to ICD-10). The study was conducted before and after training using self-evaluation techniques: the scale of social avoidance and distress – SADS (Watson D., Friend R.; adaptation V.V. Krasnova, A.B. Kholmogorova, 2011), the method of "Diagnostics of self-efficacy" (Maddux Dg. and Scheer M.; adapting A.V. Boyarintseva, 2011), the method of "Indicator coping strategies" (Amikhran D.; adaptation N.A. Sirota, V.M. Yaltonskiy, 1995), the method "Compliance" (Kholmogorova A.B., Rychkova O.V., 2013), the Feedback Questionnaire from training participants to the group trainer.

**Summary.** The conducted study of effectiveness of motivational training showed that the proposed program contributes to positive changes in the motivational sphere of patients: the self-evaluation of effectiveness in interpersonal sphere has increased, the important constructive strategy of seeking social support is used oftener, likewise increases the willingness to cooperate with specialists and the intention to continue psychological work aimed at reintegration to society.

**Conclusions.** Preliminarily, it can be concluded that the proposed original development of motivational training is effective for carrying out the task to increase the socializing resources of schizophrenia patients living in psychoneurological residential care facilities. The prospects of research work are to expand the selected subset, compare the results with control groups of patients who have not participated in the training, and also receive data on delayed results and real changes of the patients' social adaptation in a year time or more.

**KEY WORDS:** psychoneurological boarding schools, psychosocial rehabilitation, organizational psychology, clinical psychology, motivational training, schizophrenia, schizophrenic spectrum disorders, motivational disorders.

**CONTACT:** takkueva@mail.ru