

Консолидация достижений организационной и клинической психологии в реабилитации больных шизофренией: интегративная программа мотивационного тренинга

Е.В. Таккуева¹, А.Б. Холмогорова², А.В. Палин³

¹ Управление аттестации и развития ООО «Шереметьево VIP», Москва, Россия

² Лаборатория клинической психологии и психотерапии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России, Москва, Россия

³ Центр психолого-психотерапевтической помощи ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4» имени П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ.

Актуальность. Проблема нарушений мотивации при расстройствах шизофренического спектра рассматривается в качестве одной из ключевых в процессе реабилитационной работы с пациентами. Необходимо повышение эффективности существующих мотивационных тренингов, направленных на укрепление комплаенса и стимуляцию активной позиции пациентов в решении задач социальной и психологической адаптации после перенесенного психоза. Предлагаемая оригинальная программа мотивационного тренинга объединяет наиболее значимые разработки организационной и клинической психологии в области психологии мотивации и ее нарушений.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина. После длительного этапа разработки, апробации и совершенствования было проведено пилотное исследование эффективности интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ). Общее количество участников тренинга, прошедших тестирование, – 33 пациента с диагнозами «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства» (F20–F29 по МКБ–10). Общее количество участников в каждой группе – от 6 до 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), метода «Диагностика самооценочности» (Маддукс Дж. и Шеер М., адаптация А.В. Бояринцевой, 2011), метода «Индикатор копинг-стратегии» (Амихран Д., адаптация Н.А. Сироты, В.М. Ялтонского, 1995), метода «Комплаентность» (Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., 2013), Анкеты обратной связи.

Результаты. Разработанная программа мотивационного тренинга для больных шизофренией включает модули, соединяющие разработки организационной и клинической психологии в области психологии мотивации. Ее специфика состоит в фокусировке на процессах целеобразования и достижения целей. Проведенное пилотное исследование эффективности показало, что предлагаемая программа способствует существенным позитивным изменениям в мотивационной сфере больных: возрастает готовность к сотрудничеству со специалистами, снижается уровень социального дистресса и избегания в контактах с другими людьми, используются более конструктивные стратегии достижения целей и решения проблем.

Вывод. Перспективы исследовательской работы и ее практическая значимость состоят в расширении выборки для дальнейшей проверки эффективности программы с перспективой ее использования в широкой практике реабилитации больных шизофренией.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: психосоциальная реабилитация, организационная психология, клиническая психология, тренинг, шизофрения, расстройства шизофренического спектра, нарушения мотивации, нарушения целеобразования.

КОНТАКТ: takkueva@mail.ru

Введение

Тренинг как метод повышения социальной компетентности личности, а также развития различных психических функций и социальных навыков востребован как в организационной [1, 2] так и в клинической психологии [3]. Существует множество тренинговых программ, которые успешно функционируют как в корпорациях, так и в психиатрических клиниках [1–3]. Авторы Интегративной программы мотивационного тренинга, опираясь на опыт работы в сфере реабилитации и в сфере организационной психологии, поставили задачу инкорпорирования эффективных инструментов организационной психологии в существующие реабилитационные программы для повышения эффективности процессов стимуляции постановки и достижения жизненных целей больными шизофренией.

Шизофрения – одно из наиболее распространенных психических расстройств с неизвестной этиологией – поражает человека на пике его продуктивности и социального роста. Модальный возраст начала болезни для женщин – 25–30, 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 заканчивающимися инвалидизацией [4]. Общее число больных шизофренией в Москве на 2014 г. – 60 745 (498 на 100 тыс. населения) [5]. Современными исследователями подчеркивается необходимость комплексного подхода к лечению шизофрении, в том числе с применением методов групповой терапии и тренинга социального взаимодействия [3, 5–10].

Мотивационный дефицит при шизофрении

Проблема мотивации является одной из центральных в исследованиях шизофрении [11–18]. В работах, выполненных под руководством Б.В. Зейгарник и Ю.Ф. Полякова, было показано, что мотивационный дефицит при шизофрении является ведущим или синдромообразующим [11, 12].

Исследования целеобразования у больных шизофренией, выполненные Е.Т. Соколовой [17], М.М. Коченовым, В.В. Николаевой [18], показали дефицит социальной мотивации (нарушения мотива экспертизы). В.П. Критской, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляковым было показано, что введение мотивирующих стимулов может способствовать повышению уровня саморегуляции и направленности на достижение целей у больных [12].

Н.С. Курек исследовал процесс целеполагания у больных шизофренией и показал важную роль ангедонии в нарушениях мотивации достижения в форме преобладания мотивации избегания [14, 16]. 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 [19, 20].

Ангедония как мотивационный компонент дефицита социального познания у больных с 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 [21, 22]. В современных зарубежных исследованиях проблема нарушения мотивации также все чаще рассматривается в качестве одной из ключевых в процессе реабилитационной работы с пациентами, страдающими шизофренией [13]. 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 [23].

Восстановление личности после психоза требует существенной перестройки мотивационной сферы, помощи больным в обретении новых целей, смыслов, в выработке конструктивных установок, а также в преодолении физической и социальной ангедонии. На сегодняшний день существует большое количество тренинговых программ, успешно применяемых в реабилитации больных шизофренией. Среди них Программа тренинга когнитивных и социальных навыков ТКЧН [24], направленная на усиление произвольной регуляции памяти и внимания, уси-

ние коммуникативной направленности и когнитивной дифференцированности мышления, развитие когнитивной точности и дифференцированности социального восприятия, снижение интеллектуальной ангедонии, развитие регуляции эмоциональных состояний, а также отработку навыков социального поведения и обучения эффективным стратегиям решения межличностных проблем. Методика мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации Н.Д. Семеновой [25] направлена на создание условий, способствующих мотивации к изменению, движению пациента вперед в плане сохранения социальных достижений, а также восстановления социальных ролей, контроля над болезнью и активного вовлечения в психосоциальные мероприятия. Среди зарубежных программ широкую известность приобрели Training of Affect Recognition (TAR), созданная немецкими учеными Frommann, Streit и Wölwer (2003) [26] и направленная на развитие навыков распознавания эмоций и ментализации, а также Метакогнитивный тренинг (Metacognitive Training – MCT for Psychosis), разработанный Moritz S. и соавт. [27]. Последний представляет собой программу для больных шизофренией, базирующуюся на принципах когнитивной ремедиации в сочетании с тренировкой навыков в условиях повседневной реальности. В стандарты оказания помощи больным шизофренией, разработанные в МНИИ психиатрии Росздрава (Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б.) [3], входят различные модули групповой психосоциальной терапии. Например, психообразовательные модули, нацеленные на комплекс различных задач, – выработку комплаенса, обучение распознаванию признаков начинающегося обострения, совладанию (копингу) с остаточной психопатологической симптоматикой, а также улучшению адаптации пациента и его семьи.

При создании предлагаемой интегративной программы мотивационного тренинга мы использовали ряд принципов, на которых основаны перечисленные тренинги. Например, были использованы следующие принципы из программы ТКЧН для больных шизофренией [24]: 1) четкий, структурированный стиль ведения – все занятия четко спланированы, проводятся в строго определенные дни и часы, продолжительность одного занятия фиксирована, не должна превышать 45 мин, все инструкции к упражнениям предельно четко формулируются; 2) избегание эмоциональных и информационных перегрузок; 3) постепенный переход от жесткой структурированности с ориентацией на задания ко все большей спонтанности в межгрупповом взаимодействии; 4) поэтапное введение нового материала и переход к более сложным целям и задачам; 5) постоянное повторение и отработка предшествующих ступеней; 6) четкая обратная связь со стороны ведущих при выполнении заданий; 7) запрет на критику – ошибки фиксируются спокойно, как обязательный и неизбежный элемент тренировки, в максимально доброжелательной форме; 8) насыщение занятия положительными эмоциями – упражнения проводятся в игровой форме, отмечаются все, даже маленькие достижения и успехи; 9) активизация и разгрузка путем чередования

умственных и физических упражнений; 10) ведение тренинга ко-терапевтами для облегчения моделирования и отслеживания эмоционального состояния каждого из участников.

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 [28], процессуальный подход в исследовании трудовой мотивации [29], теория мотивации к росту и овладению мастерством [30]. 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 [30]. На тренинге разбирается 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 [31]. 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 [32] (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 [33]. 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.

На каждом занятии участникам выдаются домашние задания (самостоятельные работы) с последующей проверкой на тренинге. Общее количество самостоятельных работ – 7. По аналогии с организационными тренингами всем пациентам выдаются ярко и доступно оформленные тетради участника со всеми методическими материалами к каждому занятию. В тетрадях фиксируются выполненные домашние задания и динамика в достижении поставленных целей. В конце тренинга каждому участнику выдается сертификат участника. Благодарность выдается особо отличившимся, активным участникам.

В тренинге использованы приемы фасилитации, которые успешно применяются как в клинической, так и в организационной психологии: психогимнастика, диалог с группой, модерация (выработка совместного представления), групповая дискуссия, работа в мини-группах.

Задачи мотивационного тренинга являются вполне традиционными:

- 1) повышение мотивации достижения;
- 2) повышение активности и самоэффективности;
- 3) расширение поведенческого репертуара (преодоление ригидности, свойственной больным);
- 4) вовлечение в психореабилитационные мероприятия (повышение комплаентности);
- 5) снижение уровня стресса в социальных коммуникациях.

Принципы отбора участников в группу

Диагноз по МКБ-10 «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства» (F20–F29); возраст пациентов 18–50 лет; стаж заболевания более 5 лет; 3 эпизода болезни в анамнезе и более; эмоционально-волевое снижение разной степени без утраты навыков самообслуживания; желание пациента в плане трудоустройства, реабилитации или иной социальной деятельности.

Противопоказания к работе в группе

Актуальная острая и подострая психотическая симптоматика, нарушающая социальное функционирование; нейролептический 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/расторможенность; неспособность контролировать поведение; выраженное интеллектуальное снижение; возраст старше 60 лет.

Формат ведения групп

Численный состав групп: оптимально 8–10, минимальное количество участников – 4, максимальное – 12; частота занятий 2–3 раза в неделю; длительность одного занятия – 45 мин; полный цикл модуля – 10 занятий (возможно сокращение до 8 занятий, так как тематически насыщенных занятий 8, занятие № 1 – знакомство, занятие № 10 – чаепитие). Вести программу могут



клинический психолог и врач-психиатр (оптимально как ко-терапевты) с опытом тренинговой работы.

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.

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

Специфика Интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ) в отличие от Программы тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией [24], а также Методики мотивирования пациентов к психосоциальной



реабилитации [25]) связаны с фокусировкой всей работы на развитии процессов целеполагания, т. е. на 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.

Материалы и методы

Апробация программы была начата в 2016 г. Всего на этапе апробации и отработки отдельных модулей было проведено 13 групп. Исследование эффективности разработанной и апробированной программы проводилось в период с 20 марта 2017 г. по 20 мая 2018 г. в ПКБ им. П.Б. Ганнушкина на базе дневного стационара при больнице. Общее количество участников тренинга, прошедших тестирование до и после тренинга, – 33 (пациенты с диагнозом по МКБ-10 «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства» (F20–F29), что стало критерием включения в группу). Пациенты поступали из стационарных подразделений больницы в дневной стационар при больнице спустя 3 недели стационарного лечения. Возраст пациентов варьировался в диапазоне от 20 до 60 лет, образование – среднее и высшее. Общее число тренинговых групп, проведенных специалистами, – 6. Число пациентов в группе варьировалось в диапазоне от 6 до 12. Общее количество занятий для каждой группы – 10, частота занятий – 2 раза в неделю. Тренинг вели 2 ведущих клинических психолога. Основными показаниями для включения в группу являлись: диагноз по МКБ-10 «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства» (F20–F29), возраст пациентов 18–50 лет, стаж заболевания более 5 лет, 3 эпизода болезни в анамнезе и более, эмоционально-волевое снижение разной степени без утраты навыков самообслуживания.

Использованные методы оценки эффективности тренинга:

1. Шкала социального избегания и дистресса SADS (Уотсон Д., Фрэнд 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 психофармакотерапии, 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 собственным результатам в следующих сферах: целеполагание, самооэффективность, социальная эффективность.

Перед заполнением опросников ведущими давалась мотивирующая инструкция: «Уважаемые участники, мы с вами уже ознакомились с программой тренинга. Для оценки полезности наших занятий мы хотим вас попросить заполнить 4 опросника до и после тренинга, это займет у Вас не более 40 мин. Вы можете задать все интересующие вас вопросы, которые будут возникать по ходу заполнения бланков. Вся информация, которую мы получим, конфиденциальна, и будет использоваться только в обобщенном виде – в целях понимания эффективности нашей групповой работы. Мы постараемся сделать все для того, чтобы этот тренинг был интересным и полезным для вас. До встречи на следующих занятиях. Благодарим вас!».

Для статистической обработки данных использован статистический пакет SPSS и программа Microsoft Excel. Проведен статистический анализ с помощью критерия Wilcoxon для связанных выборок (табл. 1–4). Средние значения показателей до и после мотивационного тренинга по методикам представлены на рис. 3–6. Результаты обработки данных по Шкале социального избегания и дистресса SADS (Уотсон Д., Фрэнд Р., адаптация В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, 2011) представлены на рис. 3. Критерий Wilcoxon для связанных выборок представлен в табл. 1.

Результаты обработки данных показали, что после тренинга у участников снижается дистресс и социальное избегание (см. рисунок 3). Полученные

Таблица 1. Критерий Wilcoxon для связанных выборок по Шкале социального избегания и дистресса SADS (Уотсон Д., Фрэнд Р., адаптация В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, 2011)

Критерий Wilcoxon для связанных выборок	Дистресс после – Дистресс до	Социальное избегание после – Социальное избегание до	Сумма после – Сумма до
Z	-4,451(a)	-2,732(a)	-4,543(a)
Асимптотическая значимость (двухсторонняя)	0,000	0,006	0,000

Обозначения:

Z – Асимптотическая значимость (двухсторонняя)

а – На основе положительных рангов

Таблица 2. Критерий Wilcoxon для связанных выборок по методу «Диагностика самооэффективности» 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
Z	-2,242(a)	-2,796(a)	-2,892(a)
Асимптотическая значимость (двухсторонняя)	0,025	0,005	0,004

Обозначения:

Z – Асимптотическая значимость (двухсторонняя)

а – На основе отрицательных рангов

Таблица 3. 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	Поиск социальной поддержки после – Поиск социальной поддержки до	Избегание проблем после – Избегание проблем до
Z	-1,366(a)	-1,284(a)	-1,761(b)
Асимптотическая значимость (двухсторонняя)	0,172	0,199	0,078

Обозначения:

Z – Асимптотическая значимость (двухсторонняя)

а – На основе отрицательных рангов

b – На основе положительных рангов

Таблица 4. Критерий Wilcoxon для связанных выборок по методике «Комплаентность» (Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., 2013)

Критерий Wilcoxon для связанных выборок	Комплаентность после – COMPLAINTNESS до
Z	-2,974(a)
Асимптотическая значимость (двухсторонняя)	0,003

Обозначения:

Z – Асимптотическая значимость (двухсторонняя)

а – На основе отрицательных рангов

результаты имеют статистическую значимость (см. табл. 1).

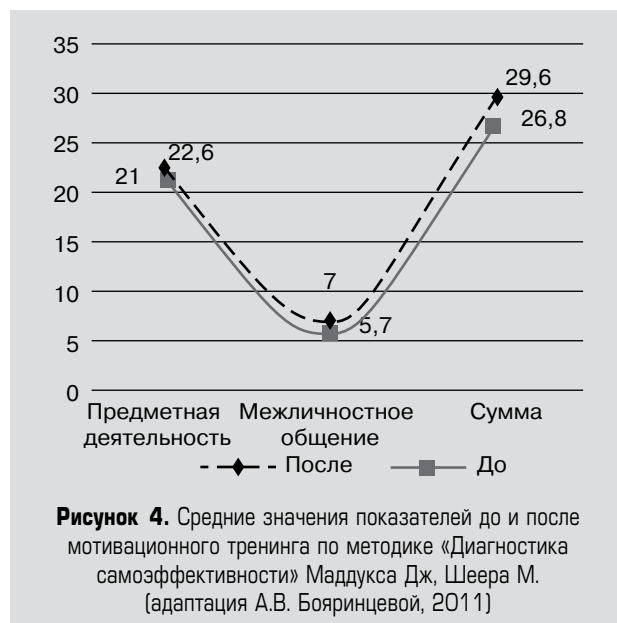
Результаты обработки данных по методу «Диагностика самооэффективности» (Маддукс Дж. и Шеер М., адаптация А.В. Бояринцевой, 2011) представлены на рис. 4. Критерий Wilcoxon для связанных выборок представлен в табл. 2.

Результаты обработки данных показали, что после тренинга значимо повышается оценка своей эффек-

тивности участниками как в межличностной сфере, так и в предметной деятельности (см. рис. 4).

Результаты обработки данных по методике «Индикатор копинг-стратегии» (Амихран Д., адаптация Н.А. Сироты, В.М. Ялтонского, 1995), представлены на рис. 5. Критерий Wilcoxon для связанных выборок представлен в табл. 3.

Результаты обработки данных показали, что после тренинга у участников повышается частота



использования конструктивных копинг-стратегий (решение проблем и поиск социальной поддержки), однако эти позитивные изменения не достигают статистической значимости. Частота использования деструктивной копинг-стратегии избегание проблем снижается на уровне тенденции к статистической значимости (см. рис. 5, табл. 3). Можно предположить, что при увеличении выборки указанные позитивные изменения достигнут статистической значимости.

Результаты обработки данных методики «Комплаентность» (Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., 2013), представлены на рис. 6. Критерий Wilcoxon для связанных выборок показан в табл. 4.

Результаты обработки данных показали, что после тренинга у участников значимо повышается показатель комплаентности (см. рис. 6, табл. 4).

Для оценки удовлетворенности тренингом участникам было предложено заполнить анкеты обратной свя-

зи. Никто из участников не оценил тренинг ниже 4 баллов (из 5 возможных), при этом 4 балла поставили всего 3 участника из 33. Средние значения представлены в таблице 5: общая оценка тренинга – 4,76; интерес – 4,5; польза – 4,76; личная активность на тренинге – 4,08; комфорт на тренинге – 4,76; профессионализм тренеров – 5; раздаточные материалы – 4,8. Чаще всего участники отмечают, что способствовало усвоению материала именно работа в группе (8 участников из 33).

В Анкету обратной связи также добавлена оценка собственных результатов участников в сферах: целеполагание, самооффективность, социальная эффективность. Средние значения представлены в табл. 5: целеполагание (Ц) – 4,4; самооффективность (СЭ) – 4,1; социальная эффективность (Соц.Э) – 4,3. Таким образом, мотивационный тренинг был достаточно высоко оценен участниками, а также, по их мнению, эффективен.



Таблица 5. Обратная связь участников мотивационного тренинга

Участник	Обратная связь (от 1 до 5 баллов)											Комментарии участников	
	Общая оценка тренинга	Интерес	Польза	Личная активность	Комфорт на тренинге	Профессионализм тренеров	Раздаточные материалы	Что способствовало усвоению	Ц	СЭ	Соц.З	Основной результат тренинга	Пожелания по организации тренингов
1	5	4	4	5	4	5	5	Группа	5	4	4,5	Пошаговое достижение целей	Проводить такие тренинги всем пациентам
2	5	5	5	4	5	5	5	Тренер	5	5	5	Научился создавать будущие планы и цели	Больше участников, больше по времени занятия
3	4	4	5	4	5	5	4	Все вместе	4,5	4,5	5	Целеполагание и улучшение настроения, самооценки	—
4	5	5	5	4	5	5	5	Тренер	5	4	4	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
5	5	5	5	3	3	5	5	Личная заинтересованность в усвоении материала	4	3,5	3	Я узнал несколько возможностей достижения своих целей и то, что именно может помочь оценить вероятность их достижения	Все самые необходимые темы уже включены в программу тренинга
6	5	5	5	4	5	5	5	Группа	3	3	5	Я стала больше задумываться о жизни, ставить себе цели	—
7	5	5	5	5	5	5	5	Группа	5	4,5	3	Научилась ставить цели и отделять их от мечтаний. Узнала о себе много нового	—
8	5	4	5	4	5	5	5	Желание достичь результата	3	3	4	Научилась не мечтать бесполезно, а ставить цели	Продолжайте в том же духе
9	4	4	4	4	5	5	5	Группа	5	4,5	4,5	Ослабление перфекционизма. Более реальная оценка своих сил и возможностей. Хорошее настроение. Умение ставить цели, дробить их на мелкие кусочки и постепенно достигать	—
10	4	4	4	3	5	5	5	Группа	3	3	5	Стала ходить на скандинавскую ходьбу (моя давняя мечта)	Хочу пожелать терапевтам таких же групп как наша
11	5	5	5	5	5	5	5	Группа, тренер	5	5	5	Получила полезные навыки, которые помогут мне в реализации своей цели (мечты)	Все и так отлично

Участник	Обратная связь (от 1 до 5 баллов)											Комментарии участников	
	Общая оценка тренинга	Интерес	Польза	Личная активность	Комфорт на тренинге	Профессионализм тренеров	Раздаточные материалы	Что способствовало усвоению	Ц	СЗ	Соц.Э	Основной результат тренинга	Пожелания по организации тренингов
12	5	4	5	4	5	5	4	Группа	5	5	4	Включилась в общение	–
13	5	5	5	4	5	5	5	Группа	5	5	4	Поход к стоматологу, который откладывала более полугода	Работа над самооценкой, тайм-менеджмент
Среднее													
	4,76	4,5	4,76	4,08	4,76	5	4,8	–	4,4	4,1	4,3	–	–

Обсуждение и выводы

Как показывают многочисленные исследования, для больных шизофренией характерны установка на избегание усилий и неуспеха, низкая социальная мотивация, особые устойчивые состояния безучастности, апатии, скуки с отказом от активности, в том числе и социальной [10, 12, 14, 16, 19, 20]. Существующие тренинговые программы направлены на преодоление этих нарушений [15, 24] и доказывают, что несмотря на низкую социальную мотивацию и продуктивность больных шизофренией, ресурсы для ее повышения есть: помещая пациентов в социальные ситуации, можно способствовать актуализации у них мотивов достижения, а также социальных конструктивных мотивов. Полученные нами данные также подтверждают возможность коррекции процессов целеобразования у больных шизофренией и вовлечения их в конструктивную деятельность по достижению реалистично поставленных целей.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. В организационной психологии накоплен значительный опыт работы, направленный на стимуляцию мотивации достижений, которая страдает у больных шизофренией. Чтобы тренинг был максимально результативным, его проводят так, чтобы в специально организованном обучении учесть фазы естественного цикла научения с опорой на непосредственный опыт участников. Резкое преобладание мотивации избегания над мотивацией достижения у больных шизофренией связано с опытом неудач в социальном взаимодействии, что важно учитывать при организации мотивационного тренинга с данным контингентом, организуя движение в зоне ближайшего развития в опоре на опыт и потребности больных, обеспечивая тем самым положительное подкрепление усилий.

2. Разработанная оригинальная программа мотивационного тренинга для больных шизофренией включает ряд модулей, заимствованных из организа-

ционной психологии: (Иерархия потребностей [30], SMART-постановка целей [31], SWOT-анализ [32], Пирамида жизни [33]). Исследование показало, что их реализация приводит к существенным позитивным изменениям в мотивационной сфере больных: снижению дистресса и социального избегания, 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) и снижению частоты использования деструктивных (избегание проблем).

3. Помимо статистических методов для оценки эффективности программы был использован метод самоотчета испытуемых в свободной форме (анкета обратной связи). Качественный анализ ответов показал: большинство пациентов считает, что именно участие в группе способствовало усвоению материала тренинга, многие отметили также возросшее желание активно решать текущие проблемы и продолжить участие в реабилитационном процессе. Последнее свидетельствует о росте приверженности лечению.

4. В совокупности с другими модулями реабилитационных программ (направленных на развитие социальных и когнитивных навыков, навыков самообслуживания и т. д.), данная программа может способствовать более успешной адаптации больных и их большей мотивированности и вовлеченности в процесс лечения и реабилитации. Таким образом, разработки организационной психологии были успешно интегрированы в программу мотивационного тренинга для больных шизофренией.

Необходимо дальнейшее изучение эффективности разработанной программы на основе увеличения выборки; привлечения родственников и специалистов клиники к оценке результативности тренинга; оценки устойчивости полученных результатов в долговременной перспективе (ретестирование

и интервьюирование участников тренинга, а также опрос специалистов-экспертов в течение года).

Практическая значимость и перспективы исследовательской работы состоят в возможности использования разработанной программы в психосо-

циальной реабилитации для коррекции нарушений мотивации достижения у больных шизофренией и развитию необходимых навыков постановки и достижения целей, способствующих процессу социализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Центр исследований и аналитики AmpluInsights. Тенденции обучения и развития персонала 2012 г. [Электронный ресурс] // Портал Trainings.ru. – 2012, 19 января. – URL: <http://www.trainings.ru/library/reviews/?id=14402> (дата обращения: 10.03.2018).
2. Подготовка внутренних тренеров 14 ноября 2011 г. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.trainings.ru/> (дата обращения: 12.03.2018).
3. 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.
4. 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.
5. Костюк Г.П. Оптимизация работы психиатрической службы Москвы: матер. науч.-практ. конф. «Лечение шизофрении в новой модели оказания психиатрической помощи». – М., 2017. – С. 34.
6. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство. – СПб.: СпецЛит, 2011. – 335 с.
7. 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.
8. Йеннер Дж. Директивные интервенции в острой и социальной психиатрии. – М.: Глобальная инициатива в психиатрии, 2010. – 392 с.
9. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных: Практическое руководство / под ред. И.Я. Гуровича и А.Б. Шмуклера. – М.: Медпрактика-М, 2015. – 418 с.
10. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания – новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. – М.: Форум, 2016. – 288 с.
11. Зейгарник Б.В. Патопсихология: учебник для академического бакалавриата. – 3-е изд., пер. и доп. – М.: Юрайт, 2018. – 367 с.
12. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991. – 256 с.
13. 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.
14. Курек Н.С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. – М.: Институт психологии РАН, 1996. – 245 с.
15. 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.
16. 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.
17. Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980. – 128 с.
18. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1978. – 88 с.
19. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1985. – № 12. – С. 1813–1819.
20. Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1983. – 219 с.
21. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания – новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. – М.: Форум, 2016. – 288 с.
22. На стыке двух спектров: нарушения социального познания при биполярном и шизоаффективным расстройствах / под ред. А.Б. Холмогоровой. – М.: Неолит, 2016. – 200 с.
23. Medalia A., Revheim N., Herlands T. Cognitive remediation for psychological disorders. – New York: Oxford University Press, 2009. – P. 50.
24. 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.
25. Семенова Н.Д. Психосоциальная методика для мотивирования пациентов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 1. – С. 52–64.
26. Wölfler W., Frommann N. Social-Cognitive Remediation in Schizophrenia: Generalization of Effects of the Training of Affect Recognition (TAR) // Schizophr Bull. – 2011. – Vol. 37, Suppl. 2. – P. 63–70.

REFERENCES

1. Centr issledovaniy i analitiki AmpluInsights. Tendencii obucheniya i razvitiya personala 2012 g. [E`lektronny`j resurs] // Portal Trainings.ru. – 2012, 19 yanvarya. – URL: <http://www.trainings.ru/library/reviews/?id=14402> (data obrashheniya: 10.03.2018).
2. Podgotovka vnutrennix trenerov 14 noyabrya 2011 g. [E`lektronny`j resurs]. – URL: <http://www.trainings.ru/> (data obrashheniya: 12.03.2018).
3. Standarty` okazaniya pomoshhi bol`ny'm shizofrenij` / pod red. V.N. Krasnova, I.Ya. Gurovicha, S.N. Mosolova, A.B. Shmuklera. – M.: Moskovskij NII psixiatrii Roszdrava, 2006. – 260 c.
4. Psixiatriya. Nacional`noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie / pod red. T.B. Dmitriyevoy, V.N. Krasnova, N.G. Neznanova, V.Ya., Semke A.S. Titanova; otv. red. Yu.A. Aleksandrovskij. – M.: GE`OTAR-Media, 2012. – 2009 c.
5. Kostyuk G.P. Optimizaciya raboty` psixiatricheskoj sluzhby` Moskvy`: mater. nauch.-prakt. konf. «Lechenie shizofrenii v novoj modeli okazaniya psixiatricheskoj pomoshhi». – M., 2017. – C. 34.
6. Babin S.M. Psixoterapiya psixozov: prakticheskoe rukovodstvo. – SPb.: SpecLit, 2011. – 335 c.
7. Shmukler A.B., Gurovich I.Ya., Kostyuk G.P. Stacionarnaya psixiatricheskaya pomoshh`: deinstitsionalizaciya i ee posledstviya v stranax Severnoj Ameriki i Evropy` // Social`naya i klinicheskaya psixiatriya. – 2016. – T. 26, № 4. – 109 c.
8. Jenner Dzh. Direktivny`e intervencii v ostroj i social`noj psixiatrii. – M.: Global`naya iniciativa v psixiatrii, 2010. – 392 s.
9. Psixosocial`naya i kognitivnaya terapiya i reabilitaciya psixicheski bol`ny`x: Prakticheskoe rukovodstvo / pod red. I.Ya. Gurovicha i A.B. Shmuklera. – M.: Medpraktika-M, 2015. – 418 s.
10. Xolmogorova A.B., Ry`chkova O.V. Narusheniya social`nogo pozniaya – novaya paradigma v issledovaniyax central`nogo psixologicheskogo deficiata pri shizofrenii. – M.: Forum, 2016. – 288 s.
11. Zeigarnik B.V. Patopsixologiya: uchebnik dlya akademicheskogo bakalavriata. – 3-e izd., per. i dop. – M.: Yurajt, 2018. – 367 s.
12. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Yu.F. Patologiya psixicheskoy deyatel`nosti pri shizofrenii: motivaciya, obshhenie, poznanie. – M.: Izd-vo Mosk. un-ta, 1991. – 256 c.
13. Xolmogorova A.B., Ry`chkova O.V., Pugovkina O.D., Moskacheva M.A. Misheni i metody psixologicheskoy pomoshhi pacientam s rasstrojstvami shizofrenicheskogo i affektivnogo spektrov. – M.: Neolit, 2016. – 96 s.
14. Kurek N.S. Deficit psixicheskoy aktivnosti: passivnost` lichnosti i bolezny`. – M.: Institut psixologii RAN, 1996. – 245 s.
15. Semenova N.D., Gurovich I.Ya. Modul` formirovaniya motivacii k reabilitacii v usloviyax mediko-reabilitacionnogo otdeleniya psixiatricheskoj bol`nicy` // Social`naya i klinicheskaya psixiatriya. – 2014. – T. 24, № 4. – S. 31–37.
16. Kirillova M.G., Kurek N.S. E`mocii i motivaciya bol`ny`x shizofrenij` v situaciyax kooperacii i konkurencii // Psixologicheskij zhurnal. – 2002. – T. 23, № 5. – S. 80–87.
17. Sokolova E.T. Motivaciya i vospriyatie v norme i patologii. – M.: Izd-vo Mosk. un-ta, 1980. – 128 s.
18. Kochenov M.M., Nikolaeva V.V. Motivaciya pri shizofrenii. – M.: Izd-vo Mosk. un-ta, 1978. – 88 s.
19. Zeigarnik B.V., Xolmogorova A.B. Narushenie samoregulacii poznatel`noj deyatel`nosti u bol`ny`x shizofrenij` // Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova. – 1985. – № 12. – C. 1813–1819.
20. Xolmogorova A.B. Narusheniya refleksivnoj regulacii poznatel`noj deyatel`nosti pri shizofrenii: Diss. ... kand. psixol. nauk. – M., 1983. – 219 s.
21. Xolmogorova A.B., Ry`chkova O.V. Narusheniya social`nogo pozniaya – novaya paradigma v issledovaniyax central`nogo psixologicheskogo deficiata pri shizofrenii. – M.: Forum, 2016. – 288 s.
22. Na sty`ke dux spektrov: narusheniya social`nogo pozniaya pri bipolyarnom i shizoafektivnom rasstrojstvax / pod red. A.B. Xolmogorovoj. – M.: Neolit, 2016. – 200 s.
23. Medalia A., Revheim N., Herlands T. Cognitive remediation for psychological disorders. – New York: Oxford University Press, 2009. – P. 50.
24. Xolmogorova A.B., Garanyan N.G., Dalny`kova A.A., Shmukler A.B. Programma treninga kognitivny`x i social`ny`x navy`kov (TKSN) u bol`ny`x shizofrenij` // Social`naya i klinicheskaya psixiatriya. – 2007. – T. 17, № 4. – S. 67–77.
25. Semenova N.D. Psixosocial`naya metodika dlya motivirovaniya pacientov // Social`naya i klinicheskaya psixiatriya. – 2010. – T. 20, № 1. – S. 52–64.
26. Wölfler W., Frommann N. Social-Cognitive Remediation in Schizophrenia: Generalization of Effects of the Training of Affect Recognition (TAR) // Schizophr Bull. – 2011. – Vol. 37, Suppl. 2. – P. 63–70.

27. Moritz S., Woodward T.S. Metacognitive Training for Schizophrenia Patients (MCT): A Pilot Study on Feasibility, Treatment Adherence, and Subjective Efficacy // German Journal of Psychiatry. – 2007. – Vol. 10, No. 3. – P. 67–78.
28. Макклелланд Д. Мотивация человека / пер. с англ. ООО Питер Пресс; научн. ред. проф. Е.П. Ильина. – СПб.: Питер, 2007. – 672 с.
29. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. – 2-е изд. – СПб.: Питер; 2003 – 860 с.
30. Маслоу А. Мотивация и личность. – 3-е изд. – СПб.: Питер; 2003. – 352 с.
31. Друкер П.Ф. Практика менеджмента / пер. с англ. – М.: Издат. дом «Вильямс», 2000. – 398 с.
32. Котлер Ф., Бергер Р., Бикхофф Н. Стратегический менеджмент по Котлеру. Лучшие приемы и методы. – М.: Альпина Паблишер, 2012. – 144 с.
33. Сперанская Л.Н. Учение о стоимости Б. Франклина // Всемирная история экономической мысли: в 6 т. / гл. ред. В.Н. Черковец. – М.: Мысль, 1987. – Т. I: От зарождения экономической мысли до первых теоретических систем политической жизни. – 606 с.
27. Moritz S., Woodward T.S. Metacognitive Training for Schizophrenia Patients (MCT): A Pilot Study on Feasibility, Treatment Adherence, and Subjective Efficacy // German Journal of Psychiatry. – 2007. – Vol. 10, No. 3. – P. 67–78.
28. Maklelland D. Motivaciya cheloveka / per. s angl. OOO Piter Press; nauchn. red. prof. E.P. Il'ina. – SPb.: Piter, 2007. – 672 s.
29. Xekhauzen X. Motivaciya i deyatel'nost'. – 2-e izd. – SPb.: Piter; 2003 – 860 s.
30. Maslou A. Motivaciya i lichnost'. – 3-e izd. – SPb.: Piter; 2003. – 352 s.
31. Druker P.F. Praktika menedzhmenta / per. s angl. – M.: Izdat. dom «Vil'yams», 2000. – 398 s.
32. Kotler F., Berger R., Bikhoff N. Strategicheskij menedzhment po Kotleru. Luchshie priemy i metody'. – M.: Al'pina Publisher, 2012. – 144 s.
33. Speranskaya L.N. Uchenie o stoimosti B. Franklina // Vsemirnaya istoriya e'konomicheskoy my'sli: v 6 t. / gl. red. V.N. Cherkovec. – M.: My'sl', 1987. – T. I: Ot zarozhdeniya e'konomicheskoy my'sli do pervy'x teoreticheskix sistem politicheskoy zhizni. – 606 s.

Consolidation of Achievements of Organizational and Clinical Psychology in the Rehabilitation of Patients with Schizophrenia: An Integrative Programme of Motivational Training

E.V. Takkueva¹, A.B. Kholmogorova², A.V. Palin³

¹ Certification Development Department of LLC "Sheremetyevo VIP", Moscow, Russia

² Laboratory of clinical psychology and psychotherapy Moscow Research Institute of psychiatry of the Ministry of health, Moscow, Russia

³ Center for psychological and psychotherapeutic help of Psychiatric clinical hospital No. 4 P.B. Gannushkina, Department of Health, Moscow, Russia

ABSTRACT

Relevance. The problem of motivation disorders in schizophrenic spectrum disorders is considered as one of the key problems in the process of rehabilitation work with patients. It is necessary to increase efficiency of existing motivational training aimed at strengthening compliance and stimulation of the active position of patients in solving the problems of social and psychological adaptation after suffering a psychosis. The proposed original program of motivational training combines the most significant developments of organizational and clinical psychology in the field of psychology of motivation and its disorders.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of Psychiatric clinical hospital № 4 P.B. Gannushkina. After a long stage of development, testing and improvement, a pilot study of the effectiveness of the integrative motivational training program (IPMT) was conducted. The total number of participants tested – 33 patients diagnosed with schizophrenia, schizotypic and delusional disorders (F20–F29 by ICD–10). The total number of participants in each group is from 6 to 10 people. 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 Questionnaire feedback.

Summary. The developed program of motivational training for patients with schizophrenia includes modules that connect the development of organizational and clinical psychology in the field of motivation psychology. Its specificity consists in focusing on the processes of goal formation and achievement of goals. The pilot study of the effectiveness showed that the proposed program contributes to significant positive changes in the motivational sphere of patients: increased willingness to cooperate with specialists, reduced the level of social distress and avoidance in contacts with other people, using more constructive strategies to achieve goals and solve problems.

Conclusions. The prospects of the research work and its practical significance consist in expanding the sample for further testing the effectiveness of the program with the prospect of its use in the wide practice of rehabilitation of patients with schizophrenia.

KEY WORDS: psychosocial rehabilitation, organizational psychology, clinical psychology, training, schizophrenia, schizophrenic spectrum disorders, motivational disorders, violations of goal formation.

CONTACT: takkueva@mail.ru