

# ИНТЕГРАЦИЯ РЕСУРСОВ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА М. СПИВАКА, КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И КУЛЬТУРНО- ИСТОРИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В РЕШЕНИИ ЗАДАЧ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТОВ В РОССИИ

М.Е. СИСНЁВА

Межведомственная рабочая группа по разработке основных подходов к реформе психоневрологических интернатов при Министерстве труда и социальной защиты РФ, Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0144-5792>,

e-mail: [msisneva@yandex.ru](mailto:msisneva@yandex.ru)

В 2016 г. Российская Федерация (РФ) начала реформу психоневрологических интернатов (ПНИ). Важнейшим условием ее успеха является реинтеграция пациентов в общество, что требует разработки и внедрения эффективных программ психосоциальной реабилитации. *Материалы и методы.* В 2018 г. на базе ПНИ № 22 г. Москвы была впервые разработана и реализована комплексная программа реабилитации, интегрирующая принципы и методы системного подхода М. Спивака, культурно-исторической психологии и когнитивно-би-хевииоральной терапии. В реабилитационную группу вошли 12 пациентов с хроническими психическими расстройствами и инвалидностью, проживающих в ПНИ от 3 до 16 лет. Общая продолжительность программы 6 месяцев. Экспертная оценка психологических и социальных компетенций участников в основных сферах жизнедеятельности (жилье и быт, труд и занятость, гигиена, межличностные отношения, хобби и досуг) проводилась с помощью диагностических шкал М. Спивака до и после прохождения программы реабилитации. *Результаты.* Исследование эффективности комплексной реабилитаци-

литационной программы показало статистически значимое улучшение компетенций реабилитантов в основных сферах жизнедеятельности. Отслеживание динамики в последующие 3 года после завершения программы позволило зафиксировать положительные изменения в их социальной адаптации. **Выводы.** Можно сделать предварительный вывод об эффективности предлагаемой комплексной программы реабилитации для развития и тренировки социальных навыков, повышающих автономию реабилитантов, а также для преодоления установок на самоограничение и стратегии избегания активности, возникших в результате негативного опыта социальных «поражений» и институционального опыта выученной беспомощности. Каждый из трех интегрированных подходов вносит свой вклад в решение реабилитационных задач. Необходимы дальнейшие исследования с расширением выборки.

**Ключевые слова:** психоневрологические интернаты, реабилитанты, психосоциальная реабилитация, культурно-историческая психология, когнитивно-бихевиоральная терапия, ресоциализация.

**Благодарности.** Автор статьи выражает благодарность всем ведущим комплексной программы реабилитации, всем сотрудникам ПНИ № 22 г. Москвы и студентам факультета консультативной и клинической психологии МГППУ, принявшим участие в работе, а также главным участникам программы: 12 жителям ПНИ, решившим изменить свою жизнь и приложившим большие усилия для получения нового правового статуса.

**Для цитаты:** *Сиснева М.Е.* Интеграция ресурсов системного подхода М. Спивака, когнитивно-бихевиоральной терапии и культурно-исторической психологии в решении задач реформирования психоневрологических интернатов в России // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 140—158. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290309>

# INTEGRATING RESOURCES OF M. SPIVAK'S SYSTEMIC APPROACH, COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND CULTURAL-HISTORICAL PSYCHOLOGY IN ADDRESSING CHALLENGES OF REFORMING RESIDENTIAL INSTITUTIONS FOR PSYCHIATRIC PATIENTS IN RUSSIA

MARIA E. SISNEVA

Clinical psychologist, member of Interdepartmental Working Group  
on the Development of Basic Approaches to Reforming Residential Institutions

for Psychiatric Patients, the Ministry of Labor and Social Security  
of the Russian Federation, Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0144-5792>,  
e-mail: [msisneva@yandex.ru](mailto:msisneva@yandex.ru)

In 2016, the Russian Federation started a reform of residential institutions for psychiatric patients. An essential condition of its success is reintegration of patients into society, which implies development and implementation of effective psychosocial rehabilitation programs. **Materials and Methods.** In 2018, an integrated rehabilitation program was developed and implemented for the first time in Psychoneurological Residential Institution No. 22 in Moscow. The program integrated the principles and methods of M. Spivak's systemic approach, cultural-historical psychology, and cognitive-behavioral therapy. The rehabilitation group included 12 patients with chronic mental disorders and disabilities who had resided in the institution for 3 to 16 years. The total duration of the program was 6 months. An expert assessment of the participants' psychological and social competencies in the major life areas (housing and everyday life; work and employment; hygiene; interpersonal relations; hobbies and leisure) was carried out before and after the rehabilitation program, using Spivak's diagnostic scales. **Results.** A study of the integrated rehabilitation program effectiveness showed a statistically significant improvement in the patients' competencies in the major life areas. Follow-up of the dynamics within the following 3 years upon the program completion revealed positive changes in their social adaptation. **Output.** A preliminary conclusion could be made that the proposed integrated rehabilitation program might be effective for shaping and training of social skills that increase the patients' autonomy, as well as for overcoming self-limiting attitudes and avoidance strategies resulting from their negative experience of social "defeats" and institutional experience of learned helplessness. Each of the three integrated approaches contributed to achieving the rehabilitation objectives. Further research with larger samples is needed.

**Keywords:** psychoneurological residential institutions, rehabilitation patients, psychosocial rehabilitation, cultural-historical psychology, cognitive-behavioral therapy, resocialization.

**Acknowledgements.** The author expresses her gratitude to the trainers of the integrated rehabilitation program, all employees of Moscow residential institution 22 and students of the Counseling and Clinical Psychology Department of Moscow State University of Psychology and Education, who took part in the study, and to the participants of the program: 12 residents of the residential institution, who decided to change their lives and made great efforts to obtain their legal capacity.

**For citation:** Sisineva M.E. Integrating resources of M. Spivak's systemic approach, cognitive-behavioral therapy and cultural-historical psychology in addressing challenges of reforming residential institutions for psychiatric patients in Russia. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 140–158. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290309> (In Russ., abstr. in Engl.)

## **Введение. Реформа ПНИ в России: трудности и достижения**

В Российской Федерации (РФ) многие люди, имеющие инвалидность вследствие психического расстройства, попадают в систему психоневрологических интернатов (ПНИ), предназначенных для их проживания и обслуживания. В ПНИ живут 156 тысяч граждан РФ, и эта цифра увеличивается на тысячу в год. 71% из них лишены дееспособности, лишь 2% трудоустроены [11]. Отмечались нарушения прав граждан в ПНИ, неблагоприятные условия среды, отсутствие реабилитационных программ, направленных на ресоциализацию, и несоответствие нормам международной «Конвенции о правах инвалидов», ратифицированной РФ в 2012 г. [2; 5]. В 2016 г., после поручения вице-премьера О.Ю. Голодец, данного Минтруда РФ, началась реформа ПНИ [10]. Для предлагаемых изменений было выделено несколько ПНИ — участников пилотного проекта, но, по оценкам ряда экспертов и представителей органов власти, приведенным в средствах массовой информации, преобразования зачастую носили формальный характер [1].

В 2017 г. по инициативе некоммерческих организаций (НКО) вопрос о нормативно-правовом закреплении сопровождаемого проживания (СП) инвалидов как основной альтернативы ПНИ был включен в перечень президентских поручений [9], однако по сей день он остается нерешенным. СП — это стационарозамещающая технология социального обслуживания, предусматривающая совместное проживание малых групп инвалидов в обычных местах жительства и получение ими необходимых услуг, — аналог системы residential facilities в странах, прошедших процесс деинституционализации. Инновационный опыт СП и социальной занятости существует во Владимирской, Иркутской, Ленинградской, Нижегородской, Пензенской, Псковской областях, в Москве и Санкт-Петербурге, а также других регионах России [11].

Еще одним важным аспектом реформы ПНИ является принятие «закона о распределенной опеке». Он направлен на реализацию положений «Конвенции о правах инвалидов» о недопустимости конфликта интересов при осуществлении правоспособности и о праве инвалидов жить в обычных местах проживания. Одно из его ключевых положений касается возможности установления внешнего опекунства над недееспособными гражданами, проживающими в ПНИ. Опекунами смогут быть как физические, так и юридические лица, включая НКО. Проект закона прошел первое чтение в Государственной Думе еще в 2016 году, однако до сих пор находится на рассмотрении.

Огромная ригидная система ПНИ с трудом поддается изменениям. Стигматизация и самостигматизация — важнейшие факторы, препят-

ствующие ресоциализации больных [13; 24]. Предубеждения и стереотипы приводят к изоляции больных в институциональной системе вместо их амбулаторного обслуживания [22]. Работодатели не хотят, чтобы рядом были люди с психическими заболеваниями, поэтому не нанимают их [23]. Предубеждения и стереотипы, обращенные внутрь личности, и опыт социального отвержения формируют самостигматизацию. Она приводит к формированию системы негативных убеждений о себе («Я слаб и некомпетентен»), заниженной самооценке, отказу от новых жизненных возможностей, избеганию активности и, в конечном счете, к выученной беспомощности [28; 29].

Улучшение социального функционирования больных, как одно из важнейших условий успеха реформы ПНИ, требует разработки и внедрения эффективных реабилитационных программ.

**Цель исследования:** предварительная оценка эффективности комплексной реабилитационной программы, разработанной при участии сотрудников и приглашенных специалистов на базе ПНИ №22, интегрирующей наиболее важные достижения системного подхода к реабилитации пациентов с ментальной инвалидностью М. Спивака [32] с принципами и методами культурно-исторической психологии (КИП) и когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ).

## **КБТ в психосоциальной реабилитации больных шизофренией**

Эффективность современных моделей КБТ, широко применяемых в реабилитации больных шизофренией и другими тяжелыми расстройствами, доказана и с клинической, и с экономической точки зрения [12; 16]. Специалисты реабилитационных центров активно интегрируют их с другими подходами с целью повышения общей эффективности реабилитационных программ. Так, продемонстрирована большая эффективность реабилитации клиентов, получавших индивидуальную КБТ в сочетании с реабилитационной программой центра дневного пребывания, по сравнению с группой, получавшей только услуги центра [20]. Анализ данных о социальном функционировании, симптоматике и госпитализациях за трехлетний период показал, что в группе с интегрированным подходом результаты были не только лучше, но и оставались стабильными в течение более длительного времени. Показаны и преимущества использования элементов КБТ медсестрами, обслуживающими психических пациентов в реабилитационных программах, реализуемых в сообществе: превенция рецидивов, меньшее время пребывания в стационаре при повторной госпитализации, восстановление в трудовой деятельности [25]. В 2015 г. группа американских исследователей осу-

шестьвила успешную интеграцию тренинга когнитивно-поведенческих и социальных навыков в работу групп Assertive Community Treatment — ассертивной терапии в сообществе для больных шизофренией [26]. Продемонстрирована эффективность интеграции mindfulness-based interventions (МБИ) — инструментов КБТ, связанных с техниками осознанности и принятия — в реабилитацию больных шизофренией, имеющих высокие риски обострения [34]. Результаты показали преимущества МБИ с точки зрения коррекции нарушений внимания, оперативной памяти и социального познания, а также улучшения психологического благополучия за счет расширения возможностей пациентов управлять своими симптомами.

Активно развивается новое направление, разработанное для помощи людям с тяжелыми психическими расстройствами: Recovery-Oriented Cognitive Therapy (СТ-Р) — когнитивная терапия, ориентированная на восстановление, основанная на когнитивной модели А. Бека и принципах Recovery Movement — движения за восстановление [17]. Терапия направлена на расширение прав и возможностей пациентов, личностно-социальное восстановление, повышение жизнестойкости, преодоление «пораженческих» способов мышления и поведения. СТ-Р фокусируется на сильных сторонах личности, активации адаптивного образа жизни, развитии важных для пациента устремлений, вовлечении в личностно значимую деятельность для достижения желаемых жизненных целей. СТ-Р концептуализирует проблемы психического здоровья в более широком контексте интересов, ценностей и стремлений человека к полноценной жизни. Эмпирические исследования доказывают эффективность нового подхода в работе с тяжелыми пациентами, имеющими длительный опыт госпитализаций и выраженные проблемы социального функционирования [27; 31; 33].

### **Модель Марка Спивака: системный подход к психосоциальной реабилитации**

М. Спивак (1929—1998) — американский клинический психолог, посвятивший себя решению проблемы реабилитации больных хроническими психическими расстройствами. Он руководил разработкой и проведением реабилитационных программ для лиц с тяжелыми психическими расстройствами в Израиле, а в конце 1980-х гг. внедрил свой подход на базе реабилитационных центров в Италии в рамках реформы по деинституционализации итальянской психиатрии, которая считается самой успешной в мире и является ориентиром для других стран [8].

**Основные положения и принципы программы реабилитации.** Модель М. Спивака основана на понимании хронического психического расстройства как результата десоциализации — процесса стрессогенного и разрушительного взаимодействия между больным и его окружением, характеризующегося повторяющимися эпизодами несоответствия ожиданиям, разочарования, боли, вины, гнева [32]. Десоциализация приводит к разрушению психологических и социальных компетенций, рецидивам, снижению уровня функционирования, парализации продуктивной деятельности и в итоге — к бессрочному помещению больного в институциональное учреждение. Вносят свой вклад и факторы социального стресса: потеря работы, сужение круга общения, стигматизация. Целью реабилитации является достижение максимально возможного уровня развития психологических и социальных компетенций для интеграции реабилитантов в социум. Реабилитационные усилия направлены на конкретные области жизнедеятельности реабилитантов.

Принципы реабилитации включают в себя:

1) выполнимость поставленных перед реабилитантом задач — любой пациент имеет огромный опыт разочарований, и каждая новая неудача актуализирует его травматический опыт, поэтому чрезвычайно важным является такое планирование задач, которое гарантировало бы успех реабилитанта при их выполнении;

2) предоставление персоналом поддержки реабилитанту в его чувствах и действиях, связанных с преодолением трудностей, с учетом долгой истории личных и социальных поражений;

3) терпимость к «странному» поведению: требования к нему менее строгие, чем в обычных условиях, за исключением опасных форм поведения;

4) неподкрепление негативных ожиданий: сотрудники не демонстрируют реакции разочарования, отвержения, отказа, наказания, которые ожидаются реабилитантом вследствие его негативного опыта;

5) избирательное поощрение: компетентные формы поведения поощряются, а асоциальные, агрессивные — нет. Используются наиболее желательные для реабилитанта виды поощрения.

Эффективность данного подхода хорошо доказана на практике [21; 30], однако в работах автора фактически отсутствует его научное обоснование — эмпирически проверенные модели нарушений мотивации и связанной с ними системы убеждений, сформированных у больных шизофренией в процессе их неблагоприятного жизненного опыта. Такие исследования проводились как в рамках московской школы клинической психологии, так и КБТ, причем последние были начаты под руководством и при непосредственном участии А. Бека [18].

## **Обоснование концепции реабилитации М. Спивака на основе эмпирических данных, полученных в рамках культурно-исторической психологии (КИП) и КБТ**

Представления М. Спивака о постепенном развитии компетенций и регулировании уровня доступности заданий соответствуют принципам концепции зоны ближайшего развития Л.С. Выготского [3]. Активизация и поддержка субъектной позиции при преодолении трудностей реализуется в рамках рефлексивно-деятельностного подхода [4], развивающего традиции КИП. Таким образом, идеи М. Спивака получают важное теоретическое обоснование в принципах и исследованиях представителей КИП.

В исследовании А.Б. Холмогоровой на материале решения творческих задач моделировалась ситуация затруднения и было доказано, что у пациентов происходит ослабление процесса саморегуляции мышления, выражающееся в нарушении мобилизующей и конструктивной функции рефлексии [15]. Это приводит к отказу от выполнения задания, уходу из ситуации, избеганию трудностей и интеллектуальных усилий. Данный феномен получил название «установки на самоограничение» [15]. Также в работах Н.С. Курека и А.Б. Холмогоровой на модели уровня притязаний продемонстрировано нарушение процесса целеобразования у больных шизофренией — адинамия уровня притязаний, выражающаяся в сохранении неизменного уровня сложности цели, — особая тактика поведения, с помощью которой больные стремятся избегать ситуаций неуспеха [7; 15]. Авторы убедительно доказали, что у больных доминирует мотивация избегания неуспеха и практически парализована мотивация достижения целей и направленность на решение проблем.

Еще одним психологическим дефицитом, характерным для шизофрении, является социальная ангедония, определяющая ослабление коммуникативной направленности мышления и приводящая к самоизоляции [6; 16]. Особую роль в манифестации и течении психических расстройств играет социальная тревожность, заставляющая людей отказываться от участия в социальных контактах, — еще одна причина разрушения их компетенций и отношений [16]. Можно говорить о комплексной природе нарушений социального познания и поведения больных шизофренией, вклад в которые вносит множество взаимосвязанных феноменов.

В рамках КБТ описываются преморбидные нейрокогнитивные нарушения у больных шизофренией, повышающие их уязвимость к опыту неуспеха (например, неуспеваемости в школе) [19]. Это приводит к дисфункциональным убеждениям («Я хуже других»), негативным оценкам и дезадаптивным стратегиям поведения, например избеганию контактов и самоизоляции [19]. Эмпирически обосновывается, что больные ши-



зофренией не склонны рассматривать свои проблемы как имеющие чисто биологическую основу, поэтому важными принципами построения терапевтического альянса являются учет точки зрения пациента и его понимания симптомов, их концептуализация как проблем, требующих решения, и концентрация на редукции симптомов, а не на признании себя больным [35].

### **Предварительная оценка эффективности комплексной программы реабилитации жителей ПНИ, интегрирующей ресурсы системного подхода М. Спивака, КБТ и КИП**

**Выборка и процедура исследования.** В начале 2018 г. администрация ГБУ «Психоневрологический интернат № 22» г. Москвы предложила организовать программу психосоциальной реабилитации для группы жителей ПНИ, лишенных дееспособности, но претендующих на получение ограниченной дееспособности (ОД), которая значительно расширяет возможности больных, хотя и накладывает ограничения на определенные действия, например, крупные сделки. Участники включались в программу на основании компетентных мнений сотрудников ПНИ, а также собственного намерения получить ОД. Критерии отбора включали: состояние ремиссии не менее 2 лет; осуществление самообслуживания в быту; незначительные колебания настроения и нарушения поведения; избирательное участие в трудовых и досуговых мероприятиях.

Группа состояла из 12 человек (10 мужчин, 2 женщины в возрасте от 26 до 65 лет), имеющих диагнозы хронических психических расстройств (F20.0, F21.4, F06.9 и F07.9) и инвалидность. 9 участников группы имели среднее образование, 1 — неоконченное среднее, 1 — высшее, и 1 — обучение по адаптированной программе среднего образования. 7 членов группы ранее состояли в браке, 4 имеют детей. 10 участников находились в состоянии ремиссии на фоне приема фармакотерапии, у 2 ремиссия сохранялась после ее отмены. У 8 человек в прошлом имелась алкогольная зависимость (причем у 4 — сочетанное употребление психоактивных веществ). Пять участников предпринимали ранее попытки суицида. К моменту обследования участники проживали в ПНИ от 3 до 16 лет. Общая продолжительность программы — 6 месяцев. Всего в разработке и ведении разных элементов программы принимали участие 7 специалистов: 4 сотрудника ПНИ и 3 приглашенных специалиста.

**Методика оценки эффективности комплексной программы.** Для оценки уровня компетенций участников группы до и после реабилитационной программы были использованы 5 шкал оценки психологических и социальных компетенций М. Спивака [32], каждая из которых оцени-

вает 25 простых компетенций в одной из пяти основных сфер жизнедеятельности: жилье и быт, труд и занятость, гигиена, межличностные отношения, хобби и досуг. Итоговые баллы определяют компетенции на одном из трех уровней: достаточно сформированные, частично сформированные и практически не сформированные.

Первичное исследование уровня компетенций и оценка их динамики после завершения реабилитационной программы были проведены пятью экспертами: тремя студентами выпускных курсов факультета клинической и консультативной психологии МГППУ и двумя сотрудниками ПНИ. Студенты прошли обучение в реабилитационном центре Futura (Калабрия, Италия), сотрудники ПНИ получили инструменты оценки и были обучены их корректному использованию организаторами и ведущими программы. При оценке учитывалась информация из нескольких источников: полуструктурированное интервью с респондентом и информация от персонала и родственников. Первичный процесс сбора и уточнения данных по одному испытуемому (март 2018 г.) занял около 4 часов, повторная оценка (сентябрь 2018 г.) — 2 часа. Оценка проводилась методом консенсуса, полученные результаты по каждому респонденту обсуждались всеми пятью экспертами.

**Содержание и структурные компоненты программы.** Развитие недостаточно сформированных компетенций стало задачей индивидуальных реабилитационных планов (ИРП), разработанных совместно с сотрудниками ПНИ. Важнейший принцип их составления — прогнозируемая успешность реабилитанта. Каждый шаг ИРП намечался как заведомо выполнимый, лежащий в зоне ближайшего развития респондента. В ИРП были включены следующие структурные компоненты: 1) участие в трудовой занятости в ПНИ или за его пределами; 2) мотивационный тренинг восстановления конструктивной активности и самооффективности, основанный на поддержке субъектной позиции реабилитантов [14]; 3) формирование навыков шоппинга с переходом к роли помощников соработников; 4) тренинг гигиенических навыков в форме соревнования; 5) обсуждение в группе проблем в отношениях с родственниками. В сотрудничестве с сообществом «Анонимные алкоголики» Москвы для 8 человек с диагнозом алкогольной зависимости в прошлом была организована группа самопомощи. Был проведен и ряд индивидуальных мероприятий. Для девушки, поступившей в ПНИ из детского дома-интерната, был найден наставник. Два реабилитанта хотели участвовать в жизни сообщества при храме и стали посещать проводимые там мероприятия.

Реабилитация была бы малоэффективной, если бы не были изменены условия среды. С 2018 г. двери отделений этого ПНИ открыты, жильцы свободно перемещаются по территории. Выход людей, лишенных дееспособности, за пределы ПНИ традиционно является проблемой для

администрации учреждения, вызывает опасения об обеспечении их безопасности. Участники группы получали всё необходимое сопровождение за пределами ПНИ.

Наконец, важным компонентом ИРП был длительный тренинг, направленный на подготовку пациентов к получению ОД, с использованием основных инструментов КБТ. Количество занятий в модуле варьировалось от 1 до 3 (длительностью 1,5 часа каждое) в зависимости от уровня трудности, доступного участникам. Тренинг, как и вся реабилитационная программа, длился полгода и состоял из 11 модулей.

1. Работа с опасениями и тревогами, связанными с получением ОД.
2. Постановка целей и задач.
3. Психообразовательный модуль.
4. Модуль, направленный на усвоение материала, связанного с правовыми аспектами ОД.
5. Развитие общего кругозора.
6. Психологические аспекты судебного процесса и экспертизы.
7. Репетиционный модуль (воссоздание обстановки судебного заседания и экспертизы и ролевое разыгрывание *in vitro*).
8. «Смена ролей» (участники выступают в роли психологов, судей, экспертов-психиатров).
9. Повышение стрессоустойчивости и развитие навыков саморегуляции.
10. Развитие навыков разрешения конфликтов.
11. Подведение итогов.

В ходе занятий использовались следующие методы КБТ: фиксация негативных мыслей, определение когнитивных искажений, проведение реалистичной оценки, поиск контраргументов, выявление базовых убеждений и условных правил, рефрейминг опыта, обсуждение привычных стратегий совладания, овладение новыми копинг-стратегиями, когнитивные репетиции, десенсибилизация, экспозиция, разработка реалистичных планов с учетом доступных способов целедостижения. Участники знакомились с основными понятиями КБТ, выполняли домашние задания с опорой на структурированные вспомогательные материалы, тренировались в переносе полученных знаний в повседневную жизнь.

*Пример использования методов КБТ в первом модуле, направленном на работу с тревогами и опасениями участников группы. В форме «Опасения, тревоги, сложности и преграды» участникам было предложено записать свои мысли о том, что может помешать получению ОД. После пояснений ведущего о когнитивных искажениях и способах их коррекции участники были приглашены к обсуждению обозначенных ими тревог.*

*50-летняя участница А. высказала мысль о необъективности экспертов-психиатров: в ее понимании, ей как женщине гораздо труднее*

успешно пройти судебно-психиатрическую экспертизу, поскольку «к мужчинам эксперты относятся более лояльно». Изучение истории возникновения убеждения показало, что оно связано с ее прошлым опытом: в молодости она одевалась вызывающе и подвергалась осуждающим комментариям, как со стороны других женщин, так и со стороны мужчин старшего возраста (особенно в официальных ситуациях, например, при обращении в регистратуру поликлиники). Участница отстаивала свое убеждение, несмотря на контраргументы других членов группы. В качестве доказательств она приводила «статистику» получения ОД в ее ПНИ: в течение года положительные экспертные заключения получили 4 мужчины и только 1 женщина. Расчеты показали, что в данном ПНИ проживают 75% мужчин и 25% женщин и такие результаты отражают их объективное количественное соотношение, а не являются признаком дискриминации, что и стало предметом обсуждения в группе.

Участник В. в качестве фактора, способного осложнить получение ОД, назвал свой «тяжелый анамнез» (он перенес несколько острых психотических эпизодов и предпринимал попытку суицида). В качестве доказательства он указал, что каждый раз при беседе с врачом-психиатром тот уделяет особое внимание этим эпизодам, «и лицо его при этом становится неодобрительным». Члены группы не усмотрели признаков когнитивных искажений в этой тревожной мысли. Контраргументы ведущего о «чтении мыслей» врача не имели успеха, поскольку участники имели опыт стигматизации. В качестве упражнения было предложено В. заполнить форму «Мое психическое состояние раньше — Мое психическое состояние сейчас» (сходства и различия). В итоге обсуждения В. и группа пришли к выводу, что психическое состояние В. значительно улучшилось, а при оценке экспертизы, скорее всего, будут уделять больше внимания текущему состоянию и динамике, чем эпизодам прошлого.

В качестве домашнего задания предлагалось продолжить работу с формой «Опасения, тревоги, сложности и преграды»: разделить негативные мысли на искаженные и реалистичные, записать контраргументы к искаженным мыслям, предложить пути решения реальных проблем. В течение тренинга участники вели тетради для работы с негативными мыслями при поддержке ведущего и соблюдении принципа работы в зоне ближайшего развития.

## Оценка результатов эффективности программы

Сравнение баллов первичной (март 2018 г.) и повторной (сентябрь 2018 г.) оценки с помощью критерия Уилкоксона представлено в табл 1.

Таблица 1

**Сравнение баллов «до» и «после» проведения тренинга**

Области жизнедеятельности	До (март 2018) Me (IQR)	После (сент. 2018) Me (IQR)	p
Жилье и быт	19,3 (2,6)	22,5 (2,6)	0,004
Труд и занятость	18,3 (6,9)	21 (5,2)	0,037
Гигиена	21 (4,3)	23,8 (2,4)	0,004
Межличностные отношения	17,3 (4,1)	21,3 (3,6)	0,002
Хобби и досуг	17,5 (4,8)	21 (2,9)	0,004

*Примечание:* Me — медиана; IQR — интерквартильный размах; значимость установлена на уровне  $p = 0,05$ .

Согласно табл. 1, по результатам первой оценки в марте 2018 г., баллы, соответствующие наименее развитым компетенциям, участники группы получили в 3 областях: «межличностные отношения», «хобби и досуг», «труд и занятость». Лучше всего компетенции были сформированы в сферах «гигиена» и «жилье и быт». Эти результаты объяснимы социальной ситуацией ПНИ, где жизнь сосредоточена вокруг бытового и гигиенического обслуживания жильцов, имеющих лимитированные возможности общения и продуктивной деятельности.

По итогам реабилитации участники повысили свои компетенции во всех 5 областях жизнедеятельности. Положительные изменения уровня компетенций являются статистически значимыми. В 2018 г. четыре члена группы получили ОД. В 2021 г. один из них вошел в судебный процесс по получению полной дееспособности и собирается проживать с родственниками. Два участника получили ОД в 2020 г. Одна участница покинула ПНИ и проживает самостоятельно, двое вошли в программу СП и живут за пределами ПНИ. Один участник наладил отношения с семьей и находится в длительном домашнем отпуске, планируя покинуть ПНИ. Пятеро трудоустроены: один работает в ПНИ, трое — в трудовых мастерских НКО, один — на открытом рынке труда. Трое проходят судебный процесс по получению ОД в 2021 г.

**Ограничения исследования.** Данное исследование носит пилотный характер и ограничено объемом выборки.

## **Выводы**

1. Реформа ПНИ требует создания эффективных реабилитационных программ для успешной и безопасной реинтеграции в общество граждан, проживающих в ПНИ. Разработанная комплексная программа психосоциальной реабилитации основана на интеграции ресурсов и достижений системного реабилитационного подхода М. Спивака, КИП и КБТ. Все три подхода хорошо согласуются в своих основных идеях и принципах и взаимно дополняют друг друга. Преодоление выученной беспомощности и устойчивой мотивации избегания, как следствия негативного социального опыта и длительного пребывания в условиях ПНИ, осуществляется на основе создания безопасной поддерживающей среды, тренинга различных социальных навыков и активирующих техник, с опорой на принципы движения в зоне ближайшего развития и поддержки субъектной позиции реабилитанта, в процессе постепенного укрепления рабочего альянса на основе учета отношения пациентов к своим проблемам и совместной когнитивной концептуализации с целью проверки и преодоления дисфункциональных убеждений и выработки конструктивных способов решения проблем.

2. Полученные предварительные данные показали эффективность разработанной комплексной программы реабилитации. По прошествии полугода, в течение которых проводилась программа, в выделенных пяти основных сферах жизнедеятельности пятью экспертами методом консенсуса зафиксировано статистически значимое повышение уровня компетенций у всех 12 реабилитантов. Положительные изменения в жизни участников в следующие три года связаны с получением ограниченной дееспособности, трудоустройством, возвращением в семью, переходом на сопровождаемое или самостоятельное проживание.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Алленова О. Все опасности сети «Интернат» [Электронный ресурс] // Коммерсантъ-Власть. 28.10.2019. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4140760> (дата обращения: 01.08.2021).
2. Виноградова Л.Н. Контраст психоневрологических интернатов Москвы и Московской области [Электронный ресурс] // Независимый психиатрический журнал. 2013. № 3. URL: <http://npar.ru/kontrast-psixonevrologicheskix-internatov-moskvy-i-moskovskoj-oblasti/> (дата обращения: 01.08.2021).
3. Выготский Л.С. Мышление и речь. Изд. 5, испр. М.: Лабиринт, 1999. 352 с.
4. Зарецкий В.К. Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психологической помощи // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 2. С. 8—37.
5. Клепикова А.А. Наверно я дурак. СПб: Изд-во Европейского ун-та в СПб, 2018. 432 с.

6. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Медицина, 1991. 256 с.
7. Курек Н.С. Исследование снижения психической активности у больных шизофренией на материале процессов целеобразования и целедостижения: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1982. 207 с.
8. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения // Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров, 2006. [Электронный ресурс]. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328055?locale-attribute=pt&> (дата обращения: 16.07.2021).
9. Перечень поручений президента по итогам встречи с представителями социально ориентированных, благотворительных организаций и волонтерского движения 26.07.2017 [Электронный ресурс]. URL: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/55419> (дата обращения: 16.07.2021).
10. Протокол заседания Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере от 6.06.2016 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.porechitely.ru/about/vypiska/> (дата обращения: 11.07.2021).
11. Протокол заседания Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере от 29.03.2019 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.porechitely.ru/about/vypiska/> (дата обращения: 11.07.2021).
12. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: ИД Медпрактика-М, 2015. 420 с.
13. Серебряйская Л.Я. Психологические факторы стигматизации психически больных: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005. 177 с.
14. Таккуева Е.В., Сиснева М.Е., Холмогорова А.Б. Возможности восстановления конструктивной активности и самоэффективности средствами мотивационного тренинга у больных шизофренией в условиях ПНИ // Современная терапия психических расстройств. 2019. № 4. С. 38—46.
15. Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1983. 219 с.
16. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания. Новая парадигма в исследовании центрального психологического дефицита при шизофрении. М.: ФОРУМ, 2016. 288 с.
17. Beck A.T., Finkel M.R., Beck J.S. The Theory of Modes: Applications to Schizophrenia and Other Psychological Conditions // Cognit Ther Res. 2021. Vol. 45. P. 391—400.
18. Beck A.T., Rector N.A. Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium // Am. J. Psychother. 2000. Vol. 54(3). P. 291—300.
19. Beck A.T., Rector N.A. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy // Ann. Rev. Clin. Psychol. 2005. Vol. 1. P. 577—606.
20. Bradshaw W. Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: results of a three-year trial // Community Ment Health J. 2000. Vol. 36(5). P. 491—500.
21. Carozza P. Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione. Franco Angeli editore. Libro Universitario, 2006, 500 p.

22. *Corrigan P.W.* Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change // *Clin Psychol Sci Pract.* 2000. Vol. 7(1). P. 48–67.
23. *Corrigan P.W., Penn D.L.* Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma // *Am Psychol.* 1999. Vol. 54. P. 765–776.
24. *Corrigan P.W., Watson A.C.* Understanding the impact of stigma on people with mental illness // *World Psychiatry.* 2002. Vol. 1(1). P. 16–20.
25. Effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy for schizophrenia delivered by mental health nurses: relapse and recovery at 24 months / Malik N. et al. // *J Clin Psychiatry.* 2009. Vol. 70(2). P. 201–207.
26. *Granhölm E. et al* Enhancing assertive community treatment with cognitive behavioral social skills, training for schizophrenia // *Trials.* 2015. Vol. 16. P. 438.
27. *Grant P.M., Bredemeier K., Beck A.T.* Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals with Schizophrenia // *Psychiatr Serv.* 2017. Vol. 68(10). P. 997–1002.
28. *Link B.G.* Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection // *Am Sociol Rev.* 1987. № 52, P. 96–112.
29. *Link B.G. et al.* On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse // *J Health Soc Behav.* 1997. Vol. 38. P. 177–190.
30. Patterni assistenziali ed esiti (outcome) psicosociali. Uno studio osservazionale-longitudinale prospettico: suggerimenti per un buon funzionamento dei servizi di riabilitazione / Curcio J. et al. // *Psicologia Calabria.* 2012. Vol. 1(2). P. 9–16.
31. Rapid improvement in beliefs, mood, and performance following an experimental success experience in an analogue test of recovery-oriented cognitive therapy / Grant P.M. et al. // *Psychol Med.* 2018. Vol. 48(2). P. 261–268.
32. *Spivak M.* Introduzione alla riabilitazione sociale, teoria, tecnologia e modelli d'intervento // *Riv. Sperim. Freniatria.* 1987. Vol. CXI. P. 522–574.
33. Successfully breaking a 20-year cycle of hospitalizations with recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia / Grant P.M. et al. // *Psychol Serv.* 2014. Vol. 11(2). P. 125–133.
34. The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial / Langer L.I. et al. // *Trials.* 2017. Vol. 18(1). P. 233.
35. *Turkington D., Kingdon D., Weiden P.J.* Cognitive behavior therapy for schizophrenia // *Am J Psychiatry.* 2006. Vol. 16. P. 365–373.

## REFERENCES

1. Allenova O. Vse opasnosti seti “Internat” [All dangers of the net of the residential institution] [Elektronnyi resurs]. *Kommersant Vlast = Kommersant. Power*, 28.10.2019. Available at: <https://www.kommersant.ru/doc/4140760> (Accessed: 01.08.2021). (In Russ.).
2. Vinogradova L.N. Kontrast psikhonevrologicheskikh internatov Moskvy i Moskovskoy oblasti [Contrast of residential institutions for psychiatric patients in Moscow and in Moscow Region] [Elektronnyi resurs]. *Nezavisimiy Psikhiatricheskij*



- Zhournal = Independent Psychiatric Journal*, 2013, no 3. Available at: <http://npar.ru/kontrast-psixonevrologicheskix-internatov-moskvy-i-moskovskoj-oblasti/> (Accessed: 01.08.2021). (In Russ.).
3. Vygotsky L.S. Myshlenie i rech [Thinking and speech], 5<sup>th</sup> ed., rev. Moscow: Labirint, 1999, 352 p. (In Russ.).
  4. Zaretsky V.K. Stanovlenie i suschnost refleksivno-deyatelnostnogo podkhoda d okazaii konsultativnoy psikhologicheskoy pomoschi [Formation and essence of the reflexive-activity approach in providing counseling psychological help]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2013, no. 2, pp. 8–37. (In Russ.).
  5. Klepikova A.A. Naverno ya durak [Probably I am a fool]. St.-Petersburg: PH of the European Un-ty in St. Petersburg, 2018, 432 p. (In Russ.).
  6. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Y.F. Patologiya psikhicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshchenie, poznanie [Pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition]. Moscow: Meditsina, 1991, 256 p. (In Russ.).
  7. Kurek N.S. Issledovanie snizheniya psikhicheskoy aktivnosti u bolnykh shizofreniy na materiale protsessov tseleobrazovaniya i tseledostizheniya. Diss. kand. psikhol. nauk [A study of the decrease in mental activity of patients with schizophrenia based on the processes of goal-formation and goal-achievement. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Moscow, 1982, 207 p. (In Russ.).
  8. Okhranapsikhicheskogo zdorovya: problem i puti ikh resheniya. Otchet o Evropeyskoy konferentsii VOZ na urovne ministrov, 2006 [Mental health: challenges and solutions. Report on the WHO European Ministerial Conference, 2006] [Elektronnyi resurs] Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328055?locale-attribute=pt&> (Accessed: 16.07.2021). (In Russ.).
  9. Perechen porucheniy presidenta po itogam vstrechi s predstavitel'yami sotsialno orientirovannykh blagotvoritel'nykh organizatsiy i volonterskogo dvizheniya 26.07.2017 [List of President's instructions following a meeting with representatives of socially oriented charity organizations and volunteer movement 26.07.2017] [Elektronnyi resurs] Available at: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/55419> (Accessed: 16.07.2021). (In Russ.).
  10. Protokol zasedaniya Soveta pri Pravitel'stve RF po voprosam popechitel'stva v sotsialnoy sfere ot 06.06.2016 [Minutes of the meeting of the Council under the Government of the Russian Federation on issues of patronage in the social sphere dated 06.06.2016] [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.popechitely.ru/about/vypiska/> (Accessed: 11.07.2021). (In Russ.).
  11. Protokol zasedaniya Soveta pri Pravitel'stve RF po voprosam popechitel'stva v sotsialnoy sfere ot 29.03.2019 [Minutes of the meeting of the Council under the Government of the Russian Federation on issues of patronage in the social sphere dated 29.03.2019] [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.popechitely.ru/about/vypiska/> (Accessed: 11.07.2021). (In Russ.).
  12. Psikhosotsialnaya i kognitivnaya terapiya i reabilitatsiya psikhicheskii bolnykh. Prakticheskoye rukovodstvo [Psychosocial and cognitive therapy and rehabilitation of the psychiatric patients. Practical guide]. In Gurovich I.Y., Shmukler A.B. (ed.). Moscow: PH Medpraktika-M, 2015, 420 p. (In Russ.).

13. Serebriyskaya L.Y. Psikhologicheskiye factory stigmatizatsii psikhicheski bolnykh. Diss. kand. psikhol. nauk [Psychological factors of stigmatization of the psychiatric patients. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Moscow, 2005, 177 p. (In Russ.).
14. Takkueva E.V, Sisneva M.E., Kholmogorova A.B. Vozmozhnosti vosstanovleniya konstruktivnoy aktivnosti i samoeffectivnosti sredstvami motivatsionnogo treninga u bolnykh shizofreniy v usloviyakh PNI [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]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Current Therapy of Mental Disorders*, 2019, no. 4, pp. 38–46. (In Russ., abstr. in Engl.).
15. Kholmogorova A.B. Narusheniya reflektivnoy regulyatsii poznatelnoy deyatelnosti pri shizofrenii. Diss. kand. psikhol. nauk [Disorders of the reflexive regulation of cognitive activity in schizophrenia. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Moscow, 1983, 219 p. (In Russ.).
16. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. Narusheniya sotsialnogo poznaniya. Novaya praradigma v issledovaniyah tsentralnogo psikhologicheskogo defitsita pri shizofrenii [Disorders of social cognition. A new paradigm in research on the key psychological deficits in schizophrenia.]. Moscow: FORUM, 2016, 288 p. (In Russ.).
17. Beck A.T., Finkel M.R., Beck J.S. The Theory of Modes: Applications to Schizophrenia and Other Psychological Conditions. *Cognit Ther Res.*, 2021, no. 45, pp. 391–400.
18. Beck A.T., Rector N.A. Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium. *Am. J. Psychother.*, 2000, no. 54(3), pp. 291–300.
19. Beck A.T., Rector N.A. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Ann. Rev. Clin. Psychol.*, 2005, no. 1, pp. 577–606.
20. Bradshaw W. Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: results of a three-year trial. *Community Ment Health J.*, 2000, no. 36(5), pp. 491–500.
21. Carozza P. Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione / Franco Angeli editore. Libro Universitario, 2006, pp. 500.
22. Corrigan P.W. Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Pract.*, 2000, no. 7(1), pp. 48–67.
23. Corrigan P.W. Penn D.L. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma, *Am Psychol.*, 1999, no. 54, pp. 765–776.
24. Corrigan P.W., Watson A.C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 2002, no. 1(1), pp. 16–20.
25. Malik N., et al. Effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy for schizophrenia delivered by mental health nurses: relapse and recovery at 24 months. *J Clin Psychiatry*, 2009, no. 70(2), pp. 201–207.
26. Granholm E., et al. Enhancing assertive community treatment with cognitive behavioral social skills, training for schizophrenia. *Trials*, 2015, no. 16, p. 438.
27. Grant P.M., Bredemeier K., Beck A.T. Six-Month Follow-Up of Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Low-Functioning Individuals with Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 2017, no. 68(10), pp. 997–1002.
28. Link B.G. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev.*, 1987, no. 52, pp. 96–112.

29. Link B.G., et al. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav.*, 1997, no. 38, pp. 177—190.
30. Curcio J., et al. Patterni assistenziali ed esiti (outcome) psicosociali. Uno studio osservazionale-longitudinale prospettico: suggerimenti per un buon funzionamento dei servizi di riabilitazione. *Psicologia Calabria*, 2012. No. 1—2, pp. 9—16.
31. Grant P.M., et al. Rapid improvement in beliefs, mood, and performance following an experimental success experience in an analogue test of recovery-oriented cognitive therapy. *Psychol Med.*, 2018. Vol. 48(2), pp. 261—268.
32. Spivak M. Introduzione alla riabilitazione sociale, teoria, tecnologia e modelli d'intervento. *Riv. Sperim. Freniatria*, 1987. Vol. CXI, pp. 522—574.
33. Grant P.M., et al. Successfully breaking a 20-year cycle of hospitalizations with recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia. *Psychol Serv.*, 2014. Vol. 11(2), pp. 125—133.
34. Langer L.I., et al. The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2017. Vol. 18(1), p. 233.
35. Turkington D., Kingdon D., Weiden P.J. Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2006. Vol. 16, pp. 365—373.

#### **Информация об авторах**

*Сиснёва Мария Евгеньевна*, клинический психолог, преподаватель программ дополнительного профессионального образования Московского государственного психолого-педагогического университета (ФГБОУ ВО МГППУ), член Межведомственной рабочей группы по разработке основных подходов к реформе психоневрологических интернатов при Министерстве труда и социальной защиты РФ, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0144-5792>, e-mail: [msisneva@yandex.ru](mailto:msisneva@yandex.ru)

#### **Information about the authors**

*Maria E. Siseva*, clinical psychologist, lecturer of additional professional education programs of Moscow State Psychological and Pedagogical University (MGPPU), member of Interdepartmental Working Group on the Development of Basic Approaches to Reforming Residential Institutions for Psychiatric Patients of the Ministry of Labor and Social Security of the Russian Federation, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0144-5792>, e-mail: [msisneva@yandex.ru](mailto:msisneva@yandex.ru)

Получена 01.07.2021

Принята в печать 01.09.2021

Received 01.07.2021

Accepted 01.09.2021