

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

**Т.А. Солохина, Д.С. Ошевский, Г.В. Тюменкова, Л.М. Алиева,
В.Г. Митихин**

Технология реабилитации

**ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ
ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ
ДИСТАНЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО
СПЕКТРА И ИХ РОДСТВЕННИКАМ**

Методические рекомендации

**Москва
ФГБНУ РНЦПЗ
2026**

УДК 616.89; 616.895.8; 616.89:061.3
ББК 56.14

Авторы:

Т.А. Солохина, заведующая отделом организации психиатрических служб
ФГБНУ РНЦПЗ, д.м.н.

Д.С. Ошевский, ведущий научный сотрудник отдела организации
психиатрических служб ФГБНУ РНЦПЗ, к.п.н, доцент.

Г.В. Тюменкова, старший научный сотрудник отдела организации
психиатрических служб ФГБНУ РНЦПЗ, к.м.н.

Л.М. Алиева, младший научный сотрудник отдела организации
психиатрических служб ФГБНУ РНЦПЗ.

В.Г. Митихин, ведущий научный сотрудник отдела организации
психиатрических служб ФГБНУ РНЦПЗ, канд. физ.-мат. наук.

Психосоциальные и психотерапевтические интервенции при оказании дистанционной реабилитационной помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра и их родственникам: Методические рекомендации / Т.А. Солохина, Д.С. Ошевский, Г.В. Тюменкова, Л.М. Алиева, В.Г. Митихин. М.: ФГБНУ РНЦПЗ. – 2026. – 27 с.

В технологии рассматриваются принципы организации, технические требования и подходы к групповой и индивидуальной психологической и психотерапевтической помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра и их родственникам в дистанционном формате работы. Описаны возможности и ограничения дистанционной работы, представлены цели и задачи психосоциальных и психотерапевтических интервенций, рекомендуемых для работы в дистанционном формате. Методические рекомендации предназначены для психиатров, психотерапевтов, психологов, других специалистов, оказывающих помощь лицам с расстройствами шизофренического спектра, и занимающихся семейной психотерапией.

*Технология утверждена Ученым советом ФГБНУ РНЦПЗ
(протокол № 8 от 22 октября 2025)*

ISBN 978-5-6051425-6-0



© ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», 2026
© Коллектив авторов, 2026

Введение

Общемировой тенденцией является интенсивное развитие дистанционных технологий в медицине, включая психиатрию. В настоящее время телепсихиатрия (ТП) выделена в отдельное направление и представляет собой клиническую субдисциплину, изучающую дистанционную профилактику, диагностику и лечение психических болезней, а также организационные аспекты специализированной помощи посредством использования информационно-телекоммуникационных систем [1,2].

Показано, что использование дистанционных форм психиатрической помощи позволяет существенно снизить экономические затраты без заметного ухудшения, а по некоторым данным, даже способствует улучшению ее качества [3]. Эта тенденция прослеживается даже при ведении пациентов с тяжелыми и хроническими психическими расстройствами – заболеваниями шизофренического спектра [4,5]. Наряду с экономическими составляющими, которые в настоящее время рассматриваются одними из основополагающих при организации медицинской помощи, развитию ТП способствует целый ряд организационных и клинических аргументов.

Использование дистанционных форм работы в психиатрии позволяет существенно расширить территориальные границы, делая помощь более доступной, прежде всего для отдаленных районов. Это представляется особенно актуальным для Российской Федерации, являющейся самой большой страной в мире, но в которой, многие регионы имеют малую плотность населения, что затрудняет обращение в психиатрические учреждения на очный прием. ТП позволяет снизить остроту проблемы. Опыт зарубежных стран показывает эффективность такого подхода.

ТП консультации проводятся с пациентами, которые находятся в условиях пенитенциарной системы. Причем, оценка удовлетворенности оказанной помощи продемонстрирована *большую* эффективность по сравнению с вариантом очной работы [6].

Как показал период пандемии COVID-19, и связанная с ней самоизоляция, в ряде случаев дистанционные формы работы с психиатрическими пациентами становятся, по сути, единственными формами возможной помощи. Видеоконсультации в режиме реального времени позволили осуществлять прямое взаимодействие психиатра и пациента, проводить мониторинг изменения состояния,

корректировать терапию, поддерживать мотивацию на продолжение лечения и мн.др.

Мобильные приложения, интегрированные с искусственным интеллектом, также позволяют отслеживать проводимое лечение и реакцию на него, фиксировать изменение настроения, что делает клинические вмешательства более гибкими [7]. Особенно это актуально при работе с молодежью, для которой цифровое пространство является более привлекательным и понятным, чем для старшего поколения.

ТП позволяет организовывать помощь в рамках полипрофессиональной бригады с привлечением различных специалистов, что делает ее системной и комплексной. В зарубежных исследованиях показано, что в рамках ТП консультаций предоставляется дистанционный доступ смежных специалистов к медицинской документации и электронной карте, что сокращает время на ее передачу и делает взаимодействие более тесным [8]. Однако остается открытым вопрос соблюдения конфиденциальности и врачебной тайны. В Российской Федерации также имеется подобный опыт при проведении телемедицинских консультаций в системе «врач-врач», когда телемедицинские технологии используются для консультирования региональных специалистов по сложным случаям [9].

Дистанционный формат помощи способствует снижению стигматизации и самостигматизации пациентов и позволяет устанавливать контакт с пациентами в состоянии тревоги [10]. Помимо решения клинических задач ТП – назначения коррекция лечения, консультирования, психотерапия, позволяет расширить возможности в образовательной и исследовательской деятельности.

Наряду с широкими возможностями ТП имеет целый ряд ограничений. Их условно можно разделить на организационно-правовые, технические и клиничко-психологические.

К организационно-правовым относится несовершенство и недостаточная разработанность правовой базы для осуществления телеконсультаций. В настоящее время они регламентируются рядом законодательных актов. В частности, ст. 36.2. «Особенности медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий» ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 23.07.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2025) [11] и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н

«Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (вступ. в силу с 01.09.2025) [12]. В них представлены общие принципы, определены условия, формы и круг специалистов, оказывающих помощь, что определяет пока рамочный характер этих документов. Важным остается вопрос сохранения конфиденциальности и врачебной тайны.

К техническим ограничениям можно отнести трудности поддержания устойчивого качественного канала связи, возможные сбои и обрывы соединений, обеспечение оборудованием, обучение персонала работы с ним и т.п.

Клинико-психологические трудности во многом обусловлены настороженным отношением специалистов к подобному формату работы. Пациенты с *большой* готовностью включаются дистанционный формат. Однако при проведении телеконсультаций необходимо учитывать ряд ограничений. Существенным противопоказанием может выступать статус пациента (острое психотическое состояние, выраженные аффективные нарушения). Нейрокогнитивный дефицит, характерный для органической патологии и расстройств шизофренического спектра могут препятствовать адекватному восприятию информации. Кроме того, у пациентов с эндогенной патологией в силу других негативных нарушений (эмоциональная уплощенность, апатия, абулия, ангедония и т.п.), нередко возникают проблемы с внутренней мотивацией. Все это без дополнительной подготовки пациентов и их родственников, предварительной работы с ними, может выступать серьезным препятствием для включения в дистанционные формы помощи и формирования рабочего альянса. С особой осторожностью следует планировать ТП консультации с пациентами с суицидальным риском [13].

Следует особо подчеркнуть, что даже в рамках дистанционных форм должны сохраняться традиционные принципы индивидуальной и групповой работы.

Технология проведения психосоциальных и психотерапевтических интервенций при оказании дистанционной реабилитационной помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра и их родственникам

Критерии включения

Показания для пациентов. Добровольное согласие на участие в психосоциальных и психотерапевтических интервенциях при проведении дистанционной психосоциальной реабилитации. Установленный диагноз из рубрик расстройств шизофренического спектра по МКБ-10. Состояние медикаментозной ремиссии и стабильная поддерживающая терапия. Достаточная сохранность когнитивных процессов и социальных навыков для взаимодействия со специалистом и другими участниками (при групповой форме работы). Сформированный при очных формах работы терапевтический альянс между специалистом, пациентом и его родственниками.

Показания для родственников пациентов. Добровольное согласие на участие в дистанционных психосоциальных и психотерапевтических интервенциях. Отсутствие психиатрического диагноза или наличие диагноза из спектра пограничных психических расстройств. Возможность создания регулярного тесного контакта с пациентом, его родственниками и специалистами.

Относительными критериями невключения являются неспособность ряда пациентов в силу их когнитивных особенностей работать в онлайн-режиме, неполная вовлеченность участников в занятия, их крайняя отвлекаемость и сложность удержания внимания длительное время при дистанционной работе.

Критерии исключения: острые и подострые психотические расстройства; суицидальное поведение; другие состояния, обуславливающие непосредственную опасность пациента для себя или окружающих. К критериям досрочного прерывания телемедицинской консультации будут отнесены нежелание пациента/родственника продолжать занятия, а также ухудшение психического состояния.

Организационно-технические аспекты проведения дистанционной работы

Должно быть обеспечено высокоскоростное интернет-соединение. Как правило, для его достижения скорость передачи данных должна быть не менее 10-30 Мбит/с. Это позволит получать видеоизображения

достаточной четкости в формате HD (720p), однако, лучше если есть возможность обеспечить качество Full HD (1080p).

Целесообразно использовать Wi-Fi соединение, поскольку оно в отличие от мобильного интернета, отличается большей устойчивостью.

При проведении дистанционных консультаций, психосоциальных и психотерапевтических интервенций следует пользоваться надежными платформами, которые обеспечивают не только стабильность соединения, но и позволяют сохранить конфиденциальность данных.

При планировании дистанционной работы участники должны быть заранее оповещены о встрече. Целесообразно представить в доступной форме рекомендации по работе с платформой и провести пробную встречу с проверкой технических возможностей оборудования.

При проведении дистанционной работы наиболее удобным представляется использование наушников, снабженных микрофоном (гарнитурой). Это позволит не только обеспечить качественный аудиоканал, но и даст возможность избежать попадания посторонних звуков, что в свою очередь будет способствовать лучшей концентрации внимания участников.

Следует проверить оборудование, чтобы во время работы не было перепадов звука и эффекта «эхо», который встречается на ряде платформ при одновременно включенных нескольких микрофонах.

Громкость звука целесообразно выставить на значения в диапазоне от -14 до -16 LUFS. Слишком тихий звук будет приводить к излишнему напряжению и преждевременному утомлению, поскольку участникам придется прислушиваться к сказанному. Избыточно громкий звук может вызывать возбуждение, раздражение, и также приводить к утомлению и пресыщению.

Наряду с хорошим аудиоканалом необходимо обеспечить получение качественного видеоизображения. Видеокамеру следует установить так, чтобы была возможность получать целостные и не усеченные лица участников. Кроме того, в особенности это касается ведущих, камера должна находиться на 5-10 см. выше уровня глаз. Это позволит на всем протяжении работы поддерживать зрительный контакт с участниками, и усилит эффект живого присутствия.

Даже при использовании экранов больших размеров и высокого разрешения, получение качественных изображений ограничено. Это в свою очередь вносит ограничение на количество участников при

групповой работе. Как правило, хорошее изображение в видео-окнах может быть получено при одновременном участии не более 10 человек, включая ведущих.

Необходимо постараться создать условия для наибольшей концентрации участников на визуальной информации. Целесообразно ограничить поле восприятия и организовать нейтральный, стабильный и статичный фон. Для этой цели может быть использована ширма, или встроенные в платформы варианты однотонного фона. Попадание в кадр посторонних предметов будет рассеивать внимание и снижать мотивацию к работе.

Целесообразно подобрать платформу, которая давала бы возможность размещать дополнительные материалы (документы, презентации и т.п.). Это позволит более полно использовать интерактивные возможности дистанционной формы работы.

Наряду с этим при групповой форме работы следует организовать чат в мессенджере. Он необходим не только для своевременного оповещения участников, решения актуальных вопросов, но и может быть использован для получения группового мнения и при необходимости голосования.

Описание метода

Основной целью работы с пациентами с расстройствами шизофренического спектра и их родственниками в дистанционном формате также, как и при очной работе являются:

- формирование приверженности лечению, подготовка к выполнению роли партнеров при определении тактики лечения, что достигается посредством приобретения ими знаний о болезни, повышения мотивации к медикаментозному, психосоциальному и психотерапевтическому лечению;
- развитие навыков решения проблем, общения, формирования адекватного, социально-приемлемого поведения в семье и обществе;
- оказание социально-психологической поддержки.

Организация психосоциальной и психотерапевтической работы

Перед началом работы необходимым и важным моментом является обучение пациентов участию в дистанционном формате.

Групповые и индивидуальные занятия в дистанционном формате могут проходить на базе психиатрической больницы, психоневрологического диспансера или в любом другом учреждении, где есть помещение, оборудованное в соответствии с нормативно-правовой базой для подобных мероприятий: ст. 36.2. «Особенности медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий» ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 23.07.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2025) и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (вступил в силу с 01.09.2025).

Важной организационной задачей является обсуждение правил дистанционного взаимодействия относительно создания рабочей атмосферы.

На первых занятиях дистанционной работы с ее участниками следует обсудить *принципы групповой психологической работы*, которые одновременно представляют собой правила для участников психообразовательной программы, тренингов и психотерапии. С точки зрения эффективности и пользы психологического воздействия они являются важным условием проведения занятий. Несмотря на то, что эти принципы описаны в психологической литературе, считаем необходимым ниже перечислить наиболее важные из них.

Принцип уважительного и внимательного отношения друг к другу. Этот принцип предполагает, что участники тренинга должны внимательно слушать говорящего, не перебивать, стараться делиться своими чувствами и мыслями со всей группой.

Принцип активности предполагает, что эффективность занятий для каждого участника группы напрямую зависит от его активного участия, искренности, вовлеченности в групповую работу.

Принцип «здесь и теперь» также необходим для формирования вовлеченности в групповую работу, эмоционального проживания того, что происходит во время занятия.

Особое место в перечне правил групповой работы занимает *принцип конфиденциальности*. Этот принцип предполагает, что всё то, о чём участники и ведущие программ говорят и слышат на занятии, не выносится за пределы группы. Ведущим необходимо подробнее обсудить с участниками, что именно не следует обсуждать вне группы по этическим соображениям, а чем можно поделиться с близкими

людьми, родственниками, друзьями. Об этом принципе говорилось выше, однако участникам следует напомнить, что дистанционный формат работы не допускает исключений и возможного нарушения всех правил.

С участниками дистанционной работы следует также обсудить минимальные требования, касающиеся их внешнего вида. Желательно, чтобы участники, в т.ч. и ведущие, придерживались примерно той же формы одежды, что и при очных встречах. Следует подчеркнуть, что это не только проявление уважения к присутствующим, но формирование мотивации на дальнейшую работу.

Необходимо указать на недопустимость приема пищи, отвлекающего от реализации занятий (это правило касается как участников, так и ведущих), и неприемлемости присутствия посторонних лиц во время проведения занятий.

Поскольку дистанционный формат ограничивает возможности получения внешней информации и требует от участников большей концентрации внимания, ведущим во время взаимодействия с участниками следует произносить фразы в более размеренном темпе, лучше артикулировать высказывания и чаще повторять сказанное.

Следует отметить, что и при проведении дистанционной работы необходимо соблюдение организационных принципов групповой работы: время и место проведения не должны меняться от занятия к занятию (т.е., должна обеспечена стабильность места и времени проведения занятий, что способствует снижению тревожности и формированию доверительной и доброжелательной атмосферы в группе). С той же целью занятия должны проводиться в закрытой группе (после одного – двух занятий после начала цикла новые участники не должны приниматься). Длительность занятия – 60-90 минут, число занятий от 6 до 20, при необходимости их число может быть увеличено. Состав группы не более 8-10 человек.

Участникам важно подчеркнуть на необходимость выделения свободного времени до встречи (10-5 мин.) для подготовки к занятию, настройки компьютера (иного устройства связи). Кроме того, свободное время необходимо после встречи для снятия напряжения и лучшего усвоения информации.

При наборе участников обязательным условием является их клиническое и психологическое обследование, которое проводят врач-психиатр и клинический психолог. На основе данных анамнеза, психического состояния в момент обследования и индивидуально-

психологических особенностей предполагаемого участника решается вопрос о его включении в группу или в индивидуальную работу. Тестирование участников рекомендуется проводить перед началом и после окончания психосоциальных и психотерапевтических вмешательств.

В ходе очного или дистанционного обследования специалисты выявляют проблемы и потребности больного, которые могут быть решены в рамках данной реабилитационной программы, а также определяют сохранные стороны познавательной и эмоционально-личностной сфер больного, на которые можно опереться в ходе работы.

Часть времени при обследовании должна отводиться на индивидуальное консультирование, при котором психологи или психиатры, являющиеся одновременно ведущими занятий, устанавливают с предполагаемыми участниками партнерские отношения, мотивируют их на активное сотрудничество, объясняют цели и задачи занятий в каждом из видов вмешательств. Исходным условием при включении в группу являются желание участвовать в занятиях и готовность к сотрудничеству с ведущими.

Методики, рекомендуемые для тестирования:

Для заполнения специалистами

1. Шкала общего клинического впечатления о тяжести нарушений (CGI-S, CGI-I).
2. Шкала позитивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS).
3. Шкала личностного и социального функционирования (PSP).

Для заполнения пациентами и их родственниками

4. Шкала оценки осознания болезни при психозе (ISP), в т.ч. для родственников.
5. Шкала оценки отношения к лекарственным препаратам (DAI) – при проведении психообразования, в т.ч. для родственников.
6. Кластер депрессии опросника здоровья (PHQ-9).
7. Шкала воспринимаемого стресса (PSS).
8. Тест на наличие генерализованного тревожного расстройства (GAD-7).
9. Индекс выраженности бессонницы (ISI).
10. Методика «Самочувствие, Активность, Настроение» (САН).
11. Методика самооценки Дембо-Рубинштейн.

12. Анкеты по оценке удовлетворенности участников (пациентов, родственников, специалистов) дистанционной работой (Приложения 1,2).

Структурными элементами дистанционной работы могут являться:

- программа психиатрического просвещения;
- комплаенс-терапия;
- тренинги по развитию навыков и умений:
 - когнитивные;
 - социальных навыков, коммуникативный;
 - по самоуправлению психоэмоциональным состоянием;
 - решения проблем;
- дестигматизационные тренинги;
- психотерапевтические вмешательства: когнитивно-поведенческая, арт-терапия, фототерапия и клиенто-центрированная психотерапия.

Ниже представлены цели, задачи и библиографические ссылки на психосоциальные и психотерапевтические интервенции, которые могут быть полезны специалистам, работающим в дистанционном формате.

При небольшом количестве участников проведение психосоциальных и психотерапевтических интервенций в дистанционном формате практически не отличается от очного варианта работы.

Если необходимо, следует обеспечить участников раздаточным материалом и подготовить презентации с возможностью их демонстрации на экран в онлайн-режиме.

Программа психиатрического просвещения для пациентов и их родственников

Цель: систематизированное овладение пациентами с расстройствами шизофренического спектра совокупностью знаний в области психиатрии для формирования приверженности лечению, развития партнерских отношений с родственниками и профессионалами службы психического здоровья. **Задачи:** привитие правильного представления о психическом заболевании, освоение навыков отслеживания рецидивов болезни, соблюдения лекарственного режима, понимания важности психосоциальной реабилитации, развитие навыков совладания с болезнью и

вызывающими стресс жизненными событиями, дестигматизация, уменьшение социального отчуждения и изоляции, создание естественной сети социальной поддержки, поиск душевного равновесия через знание и взаимную эмоциональную поддержку, создание для каждого участника атмосферы сопереживания и информированного оптимизма [14].

Для объяснения используемой лекторами терминологии, устранения у участников образовательных семинаров неясностей, более понятное и простое для пациентов и их родственников разработан словарь сложных терминов. Все термины представлены в соответствии со следующими темами: клинические проявления психических расстройств, их лечение, организация психиатрической помощи, психосоциальная реабилитация, семья и семейные взаимоотношения, этика и право. Словарь охватывает более 150 терминов и понятий [15].

Комплаенс-терапия

Комплаенс-терапия является довольно новым видом краткосрочного психосоциального лечения, сфокусированным на повышении приверженности лечению и улучшении качества соблюдения лечебных рекомендаций, при котором используются когнитивно-бихевиоральный подход в сочетании с мотивационным интервьюированием и психообразованием [16].

Поскольку целью работы по методу комплаенс-терапии является улучшение соблюдения режима психофармакотерапии, участвовать в этом виде психосоциального лечения рекомендуется не только пациентам с расстройствами шизофренического спектра с низким уровнем приверженности лечению или отказом от психофармакотерапии, но также при иных психических расстройствах.

При проведении комплаенс-терапии *психообразовательные техники* используются для обеспечения пациентов необходимыми знаниями по вопросам психического здоровья и привития правильного представления о психическом заболевании, его лечении, прогнозе, симптомах, формах помощи и проч.

Мотивационное интервью направлено на формирование или усиление мотивации пациента на следование рекомендациям врача по приему медикаментов, выявление мотивов к изменению некомплаентного поведения, побуждение к размышлениям об отрицательных последствиях несоблюдения режима медикаментозной терапии. Эта техника, первоначально разработанная для лечения

алкогольной и наркотической зависимостей, нашла применение у пациентов с другими заболеваниями, в т.ч. расстройствами шизофренического спектра [17].

При мотивационном интервьюировании врач через эмпатию, демонстрацию безусловной веры в силы и возможности пациента пытается лучше понять взгляд пациента относительно отказа от приема медикаментов. При этом пациенты учатся находить собственное решение проблем, возникающих на пути достижения комплаенса.

Принципы мотивационного интервью: выражение эмпатии через отражающее (рефлексивное) слушание, избегание конфронтации, прямых указаний и давления на пациента, понимание и отражение сопротивления пациента, повышение у него оптимизма, акцент на личном выборе и ответственности больного человека [18].

Комплаенс-терапию в дистанционном формате рекомендуется проводить с пациентом индивидуально, а также в небольшой группе участников (до 5 человек).

В указанной технологии занятия может вести полипрофессиональная команда специалистов – врач-психиатр/врач-психотерапевт (психообразовательная часть, обучение навыкам отслеживания рецидива и проч.), психолог (мотивирование, обучение навыкам преодоления болезни, оказание психологической поддержки) или социальный работник/ (предоставление информации об организации психиатрической службы, ресурсах сообщества, дестигматизация).

Работа в рамках данного метода условно проводится в три этапа:

1. Клинико-психологическая и социальная оценка и мотивирование на участие в комплаенс-терапии.
2. Психообразование, включающее два блока: а) информирование о болезни; б) формирование навыков преодоления болезни, отслеживания рецидива, отслеживания стресса и др.
3. Повышение комплаентности пациентов, включающее также два блока: а) работа с амбивалентностью, неправильными убеждениями в отношении лечения, выработка навыков регулярного приема и проч.; б) дестигматизация [19].

Коммуникативный тренинг

Тренинг относится к группе когнитивно-поведенческих методик, при которых используются специальные упражнения и ролевые игры,

направленные на последовательное формирование и отработку навыков общения.

Тренинг построен таким образом, чтобы в нем были задействованы разные уровни психологической работы с участниками группы – поведенческий, личностный, эмоциональный, информационный.

Цель – формирование или восстановление у пациентов навыков общения, а также приобретение ими знаний, социальных установок и опыта в межличностном взаимодействии.

Задачи: развитие мотивации и потребности к общению; улучшение познавательной деятельности (мышления, речи, памяти, внимания, умения концентрироваться и проч.), развитие коммуникативной направленности мышления; формирование адекватной самооценки, а также навыков саморегуляции и самонаблюдения, необходимых для эффективного общения; развитие социально-перцептивных способностей (распознавание невербальных коммуникаций, чувствительности в восприятии окружающего мира, формирование умений оценивать эмоциональное и психическое состояние других людей); обучение эффективным способам общения и тренировка навыков конструктивного межличностного взаимодействия [20].

Дестигматизационные тренинги

В ходе указанных тренингов ведущие работают над преодолением стигмы – ярлыка, которым «помечаются» обладатели психиатрического диагноза.

Цель тренингов – предоставление участникам информации о психических заболеваниях, их лечении, стигме и самостигматизации, мифах и стереотипах относительно психических расстройств; изменение дисфункциональных установок и негативных мыслей о себе, выработка конструктивных поведенческих паттернов; развитие навыков предоставления персональной информации о наличии психического расстройства в разных ситуациях и умений повествования о проблемах, связанных с психическим заболеванием; повышение самооценки и собственной ценности, лучшее понимание собственных чувств.

Может быть использовано пособие «Стигма в психиатрии: скрытая угроза!», посвященное одной из наиболее древних и сложных проблем человечества – отторжению обществом «инаких», людей с психическими расстройствами. В нем изложены как теоретические основы связанных со стигмой проблем, так и рекомендации по их

преодолению, а также представлены действия по преодолению стигмы [21].

В дистанционную программу могут быть включены два тренинга:

Тренинг «Формирование навыков безопасного сообщения о своем заболевании», основанный на подходе В.А. Buchholz, P.W. Corrigan «Coming Out Proud» (2013), для которого получены доказательства эффективности [22,23,24].

В тренинг включено психообразование, в ходе которого участники получали знания о психических заболеваниях, лечении, стигме и самостигматизации, возможных путях их преодоления; в ходе тренинговых занятий исследуются доводы «за» и «против» раскрытия заболевания в разных условиях, реакции окружающих на эти признания, обсуждаются способы безопасного раскрытия, а также проводится обсуждение различных его уровней (от первого уровня, когда нет раскрытия, до максимального – широкого, публичного относительно своей истории при помощи, например, СМИ).

Рассматриваются плюсы и минусы каждого уровня. Используются элементы когнитивно-поведенческой терапии, в том числе «критический диалог» (сократический диалог). Технология тренинга базируется на отечественных психологических подходах (теория деятельности А.Н. Леонтьева, теория отношений В.Н. Мясищева). В тренинг, на основании нашего опыта, целесообразно включить не менее 8 занятий – четыре на психообразование и четыре на собственно тренинг. Если ведущие и участники не удовлетворены достигнутым результатом, они могут увеличить количество занятий.

Арт-терапевтический (метод фотографии), психообразовательный и когнитивно-поведенческий подходы.

Этот тренинг также может проводиться в дистанционном формате. Он основан на подходе, предложенном Z. Russinova, E.S. Rogers, C. Gagne, P. Bloch, K.M. Drake, K.T. Mueser «Anti-stigma fotovoice Intervention» (2014) [25, 26].

Участники используют арт-терапевтический подход, фотографируя объекты и ежедневные события, которые их беспокоят, создают к ним рассказы на основании своего собственного опыта, анализируют чувства, эмоции, получают обратную связь. Используются элементы когнитивно-поведенческой терапии, в том числе «критический диалог» (сократический диалог). Тренинг также базируется на отечественных психологических подходах (теория

деятельности А.Н. Леонтьева, теория отношений В.Н. Мясищева). При обсуждении фотографий используются элементы проективного эксперимента (Е.Т. Соколова, Б.В. Зейгарник). Тренинг включает 8 занятий, в числе которых три занятия посвящены психообразованию; 5 занятий проводятся с использованием метода фотографий. Если ведущие не удовлетворены достигнутым результатом, они могут увеличить количество занятий, также, как и в предыдущем тренинге по снижению самостигматизации.

Тренинг психофизической и психоэмоциональной саморегуляции у больных шизофренией с использованием телесно-ориентированного подхода и элементов нейрокогнитивного тренинга

Тренинг направлен на улучшение телесной интеграции, психофизическое восстановление, развитие навыков саморегуляции, что способствует психологической адаптации больных с расстройствами шизофренического спектра, снижению тревоги и страха, обретению большей компетентности и уверенности в своих возможностях. Помимо формирования навыков саморегуляции тренинг нацелен на развитие у пациента активной жизненной позиции и чувства ответственности за свое здоровье. Пациенты также обучаются способности взаимодействовать с другими людьми.

Его методической основой является комбинированное использование различных методов телесно-ориентированной психотерапии. Особенностью разработанного тренинга является ориентированный на тело метод образовательной кинезиологии, что представляет определенную новизну применительно к пациентам, страдающим шизофренией.

Цель тренинга – развитие навыков психофизической и психоэмоциональной саморегуляции на основе телесно ориентированного подхода.

Задачи: осознание собственных внутренних ресурсов (физических, эмоциональных) для улучшения психофизического восстановления; развитие навыков самонаблюдения (поза, походка, жесты, мимика, эмоции, энергетический тонус организма); освоение навыков снижения мышечного напряжения; улучшение координации, расширение двигательного репертуара; освоение навыков восстановления энергетических ресурсов организма; освоение навыков саморегуляции психоэмоционального состояния; развитие

эмоционального самовыражения; улучшение когнитивных функций (внимание, концентрация и др.); развитие коммуникативных навыков.

Важное место в тренинге занимают беседы, преследующие как познавательную функцию, так и вербальное взаимодействие между участниками тренинга. Тренинг показал свою эффективность при проведении в дистанционном формате [27].

Нейрокогнитивный дефицит является одним из ключевых нарушений при расстройствах шизофренического спектра. Наряду с позитивными и негативными симптомами его выделяют в отдельный кластер [28]. Для нивелирования нейрокогнитивного дефицита в настоящее время активно используются нейрокогнитивные тренинги, которые показали свою эффективность и стали частью рутинной психиатрической практики [29]. Они основаны на принципах когнитивно-поведенческого подхода, в рамках которого используются техники повторения, регулирования уровня сложности заданий, стимулирования обучения, компьютерные программы тренировки памяти, внимания и других когнитивных функций, а также научения использования полученных навыков в привычной социальной среде (Солохина Т.А., 2019). В тоже время данные относительно эффективности таких интервенций с помощью дистанционных технологий достаточно мало. Наш опыт показывает, успешность использования отдельных элементов такой работы.

Выбор методов должен основываться на точном определении имеющихся у пациента когнитивных нарушений, а также других психопатологических расстройств, фазы и выраженности болезненного процесса. Поэтому при работе в дистанционном формате необходимым условием является клиническая и психологическая диагностика, которые проводятся в очном режиме. Кроме того, онлайн взаимодействие не дает полноценной возможности использования и перехода между модальностями репрезентативных систем восприятия информации: визуальной, аудиальной, и прежде всего, кинестетической. Поэтому при планировании тренинга необходимо тщательно подбирать задания и минимизировать двигательные упражнения.

Социально-психологическая и психотерапевтическая помощь родственникам психически больных

В дистанционном формате апробированы индивидуальные и групповые психологические консультации, а также комплексная программа, которая включала психообразование и тренинги по

управлению своим эмоциональным состоянием, развитию навыков общения с пациентом и медицинским персоналом, решения проблем. В помощь ведущим может использоваться пособия, в которых описаны методические подходы к их проведению [30,31].

Трудности у пациентов / родственников и специалистов при проведении групповой и индивидуальной работы в дистанционном формате

В процессе дистанционной работы были выявлены сложности и ограничения, которые необходимо учитывать при работе в указанном формате.

Опрос участников с помощью анкет (Приложение 1) позволил определить ряд проблем, которые следует учитывать при организации работы.

Пациенты. Сложности у пациентов были в организации пространства для онлайн-работы, нарушение конфиденциальности: не могли уединиться – 11,6%, мешали родственники, делали замечания, указывали как работать, что говорить – 18,3%; по мнению пациентов-участников было сложнее устанавливать контакт со специалистами – 18,3% , не было реального, живого контакта с другими участниками – 22%; было сложнее задавать вопросы – 18,3%; увеличилась эмоциональная и умственная нагрузка при дистанционном участии – 22%; не были готовы к онлайн-работе, пришлось обучаться этому – 36,6%; были технические сложности, прерывалась связь – 50%; трудно участвовать в онлайн-формате – 13,2%; неуверенность, нет контакта с ведущими и другими участниками – 3,3%; не нравится онлайн-формат – 3,3%; неподходящее время, не всегда получалось вовремя выйти на связь – 10%; сложно сохранять внимание в течение часа – 11,6%.

Специалисты. В процессе дистанционной работы был выявлен ряд сложностей и ограничений, зафиксированных при анкетировании (Приложение 2) специалистов, проводивших занятия с пациентами и родственниками пациентов: неспособность ряда пациентов из-за когнитивного дефицита работать в дистанционном формате; сложности установления контакта с участниками, их отвлекаемость, трудности удержания внимания; многократные повторы одного и того же, увеличение времени беседы; трудности невербального взаимодействия, снижение «ощущения присутствия»; сложность развития эффективных терапевтических отношений между врачом и пациентом; ограничения при работе в телесно-ориентированном

направлении; непривычные ощущения от динамики группы при групп-аналитической психотерапии. У психиатров отнимало время знакомство с документами (обследования, визиты к другим специалистам, назначение или коррекция схемы лечения после консультации, так как приходилось расписывать подробнее то, что пациенты могли не понять или не поняли по время онлайн-консультации

У *родственников пациентов* также возникали типичные для них проблемы отсутствия места и времени для себя, технические трудности.

При проведении музыкотерапии фиксировалась задержка звука, бытовой шум от невыключенных микрофонов, неустойчивое интернет-соединение, не все участники подключались с видео, целиком, или не находились в поле зрения камеры (трудности установление контакта с ними), непривычные ощущения от динамики группы, неконфиденциальность пространства (без разрешения на это присутствовали родственники и третьи лица).

Эффективность метода

В дистанционной психосоциальной и психотерапевтической работе приняли участие 60 пациентов с расстройствами шизофренического спектра и 40 родственников пациентов.

Анализ субъективной удовлетворенности программой, проведенный с помощью анкетирования, показал, что 78% пациентов были полностью удовлетворены результатом. В 72% случаев они отмечали, что были удовлетворены контактом со специалистами. В качестве положительных сторон в 67% случаев отмечали комфортность, и в 56% случаев безопасность терапевтической среды. Пациенты в 77% случаев указывали, что в дальнейшем готовы участвовать в подобных программах.

После проведенных занятий в онлайн-формате у пациентов-участников снизился уровень стресса, тревоги, улучшился сон и показатели выраженности депрессии.

К моменту начала занятий у родственников пациентов имели место небольшая тревожность, беспокойство, которые после проведенных онлайн-занятий (через 3-4 месяца) полностью нивелировались. Вырос уровень знаний относительно заболевания близкого, родственники пациентов отмечали высокую удовлетворенность занятиями.

Результаты оценки убедительно доказали эффективность дистанционных психосоциальных вмешательств, которые

проводились в дистанционном формате, а именно, уменьшение общего уровня стресса, тревоги, депрессии и нормализацию сна [32].

Схожие результаты были получены по удовлетворенности занятиями в дистанционном формате у родственников пациентов. Так, 82% родственников были полностью удовлетворены результатом. В 90% случаев они отмечали, что были удовлетворены контактом со специалистами. В качестве положительных сторон родственники отмечали возможность участия в вечернее время, высокий профессионализм специалистов, решение проблем в ходе психообразования, психологического консультирования. Вместе с тем, не все родственники были готовы участвовать в группах поддержки с духовной направленностью (12 человек отказались от участия, что составило 40%). Родственники ответили, что по возможности готовы участвовать в онлайн работе и дальше [33]

Заключение

Разработанные организационно-методические подходы к проведению психосоциального и психотерапевтического лечения в дистанционном формате показали свою эффективность. Обоснованы возможные виды вмешательств, критерии включения невключения и исключения пациентов с расстройствами шизофренического спектра и их родственников в дистанционную помощь, определена батарея шкал и опросников для оценки эффективности психосоциального и психотерапевтического лечения в дистанционном формате.

Полученные нами результаты показывают, что разработанная технология дистанционного психосоциального вмешательства у больных с расстройствами шизофренического спектра и их родственников, позволит значительно расширить доступ к психосоциальным вмешательствам пациентов и их близких, в т.ч. для маломобильных людей, работающих лиц, пациентов с высокой тревожностью, страхом выйти из дома и другими проблемами, затрудняющими очный визит, значительно сэкономит время и восполнит дефицит кадров, а также будет способствовать эффективному предоставлению высококачественных услуг в большем объеме. Это в целом позволит повысить общую эффективность служб психического здоровья за счет устранения многих препятствий, которые мешают обычным системам оказания услуг.

Использование метода телепсихиатрии относительно расстройств шизофренического спектра показало, что и при

наблюдении за состоянием пациента, и при реабилитационных мероприятиях с помощью видеоконференцсвязи эти расстройства можно надежно диагностировать, а также с успехом применять телепсихологические и телепсихотерапевтические вмешательства, что улучшает комплаенс, повышает осведомленность пациентов о своем заболевании и состоянии, обуславливает хороший результат лечения и высокую удовлетворенность пациентов и их родственников.

Перспективность и эффективность онлайн-работы показана, однако остаются нерешенными вопросы, касающиеся качества оказываемой телемедицинской помощи, в том числе, соответствие телепсихиатрических и телепсихологических технологий нормам и стандартам, предъявляемым к традиционной психологической и психотерапевтической практике; встают вопросы о необходимости обучения специалистов работе в дистанционном формате, прохождению ими супервизий и личной терапии для профилактики выгорания, снижения высокого уровня стресса при работе в указанном формате.

Список литературы

1. Владзимирский А.В., Лебедев Г.С. Телемедицина. – М: ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2018. – 576 с.
2. Старшинин А.В., Аксенова Е.И., Андрусов В.Э., Горбатов С.Ю., Пахуридзе М.Д., Скворцова Е.В. Телемедицина в медицинских организациях: монография / [Электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/> – 82 с. ISBN 978-5-907717-56-5
3. Hilty D.M., Serhal E., Crawford A. A Telehealth and Telepsychiatry Economic Cost Analysis Framework: Scoping Review. *Telemed J E Health*. 2023 Jan;29(1):23-37. doi: 10.1089/tmj.2022.0016.
4. Naslund J.A., Mitchell L.M., Joshi U. Are remote mental healthcare interventions cost-effective? A systematic review of economic evaluations of remote mental healthcare. *Telemed Telecare*. 2022 Jun;28(5):311-330. doi: 10.1177/1357633X20938919.
5. Rashkovich S., Xi W., Sholle E., Sharma M.M. , Casale K. , Alvarez M. , Mhaimed N. , Sombrotto L. , Pathak J., Shayevitz C. Independent and joint associations between patient characteristics and the triaging process for a telepsychiatry consultation-liaison service. *J Psychiatr Res*. 2025 Oct;190:449-456. doi: 10.1016/j.jpsychires.2025.07.013.
6. Karachaliou E., Douzenis P., Chatzinikolaou F., Pantazis N., Martinaki S., Bali P., Tasios K., Douzenis A. Prisoners' Perceptions and Satisfaction with Telepsychiatry Services in Greece and the Effects of Its Use on the Coercion of Mental Healthcare. *Healthcare (Basel)*. 2024 May 18;12(10):1044. doi: 10.3390/healthcare12101044.
7. Izadi R., Bahrami M.A., Khosravi M., Delavari S. Factors affecting the acceptance of tele-psychiatry: a scoping study. *Arch Public Health*. 2023 Jul 13;81(1):131. doi: 10.1186/s13690-023-01146-8.
8. Chan S., Parish M., Yellowlees P. The hybrid doctor-patient relationship in the age of technology - Telepsychiatry consultations and the use of virtual space. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(6):476-89. doi: 10.3109/09540261.2015.1082987.
9. Хайретдинов О.З., Рубакова Л.И., Макушкин Е.В. Организационные и нормативно-правовые аспекты применения телемедицинских технологий при оказании помощи детям и подросткам с психическими расстройствами в Российской Федерации. *Психиатрия*. 2024;22(2):78–90. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-2-78-90>
10. Abazai S., Moulaei K., George M. Examining outcomes and challenges of telepsychiatry in Australian elderly: A scoping review. *Journal of Aging Research*. 2023, October. <https://doi.org/10.1155/2023/8864591>

11. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2025). – [Электронный ресурс] – База Гарант. URL: <https://base.garant.ru/12191967/> – (дата обращения: 08.10.2025).
12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (вступ. в силу с 01.09.2025). – [Электронный ресурс] – База Гарант. URL: <https://base.garant.ru/412019732/> – (дата обращения: 07.10.2025).
13. Солохина Т.А., Кузьминова М.В., Митихин В.Г. Телепсихиатрия и телепсихология: возможности и ограничения дистанционной работы. *Психиатрия*. 2021; 19(3):68–79. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-3-68-79>
14. Солохина Т.А., Ястребов В.С.; Шевченко Л.С., Трушкина С.В., Алиева Л.М., Грачева Н.С., Рзаев А.А., Букреева Н.Д. Модель организации социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией: Методические рекомендации. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 32 с. ISBN 978-5-317-04201-1. – [Электронный ресурс].
15. Словарь терминов для пользователей психиатрической помощи «от А до Я» /Под редакцией проф. В.С. Ястребова. – М.: МАКС Пресс, 2008. – 32 с. – [Электронный ресурс]. – URL:<https://www.psychiatry.ru/stat/117>. – (дата обращения: 08.10.2025).
16. Кемп Р., Девид А., Хейворд П. Комплаенс-терапия. *Обзор современной психиатрии*. 2000;5:91-101.
17. Бабин С. М., Шлафер А. М. Комплаенс-терапия больных шизофренией. Практическое руководство. – М.: ИД Городец, 2020. – 160 с.
18. Miller W.R. Motivational interviewing with problem drinkers // *Behavioural Psychotherapy*. – 1983. – V. 11. – P.147-172.
19. Солохина Т.А., Ястребова В.В., Алиева Л.М., Митихина И.А., Машошин А.И.. Метод комплаенс-терапии при психосоциальном лечении больных шизофренией: Методические рекомендации / – М.: МАКС Пресс, 2017. – 40 с. ISBN 978-5-317-05471-7
20. Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С., Алиева Л.М., Грачева Н.С., Рзаев А.А., Аксенова Е.В., Дульцев А.В., Ефремова Д.Н., Кулик Т.А., Куликова И.А., Мясников А.Ю., Новоселова Н.Ю., Острикова Н.В., Тюбекина М.В., Цикина Г.А. Тренинг развития коммуникативных навыков у больных, страдающих шизофренией: Методические рекомендации. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 44с. ISBN 978-5-317-04XXX-X. – [Электронный ресурс]. – URL:

21. Стигма в психиатрии: скрытая угроза! Стигма в психиатрии: скрытая угроза. Под ред. В.С. Ястребова. – 2-е изд. перераб. – М.: МАКС Пресс, 2008. – 46 с. ISBN 978-5-317-02366-9. – [Электронный ресурс]. – URL:<https://www.psychiatry.ru/stat/210>. – (дата обращения: 08.10.2025).
22. Buchholz В.А., Corrigan Р.В. Coming Out Proud. 2014. <https://www.comingoutproudprogram.org/index.php/> – [Electronic resource]. – (дата обращения: 08.10.2025)
23. Corrigan РW, Larson JE, Michaels PJ, et al. Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research*. 2015;229(1),148-154. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.053
24. Ошевский Д.С., Тюменкова Г.В. Формирование навыков безопасного сообщения о своем психическом заболевании: инновационная технология по предотвращению самостигматизации при эндогенных хронических психических расстройствах. В сборнике: Психическое здоровье семьи: российские традиции и современные подходы к оказанию помощи. Материалы мультидисциплинарной конференции, проводившейся в рамках программы XXXII Международных Рождественских образовательных чтений «Православие и отечественная культура: потери и приобретения минувшего, образ будущего». Москва, 2024. С. 241-246. – [Электронный ресурс] – <https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-navykov-bezopasnogo-soobscheniya-o-svoem-psihicheskom-zabolevanii-innovatsionnaya-tehnologiya-po-predotvrascheniyu/viewer> – (дата обращения: 08.10.2025).
25. Russinova Z, Rogers ES, Gagne C, Bloch P, et al. A Randomized controlled trial of a peer-run antistigma photovoice intervention. *Psychiatr Serv*. 2014;65(2):242-6. doi: 10.1176/appi.ps.201200572
26. Солохина Т.А., Ошевский Д.С., Алиева Л.М., Завьялова Е.В. Инновационная технология на основе интегративного подхода для предотвращения самостигматизации у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами // Развитие современного инклюзивного культурного пространства: генезис, проблемы, стратегические ориентиры и реабилитационный потенциал: материалы Международной научно-практической конференции. – Липецк: Липецкий гос. пед. ун-т им. П.П. Семенова-Тян-Шанского, 2023. – С. 70–81.
27. Алиева Л.М., Солохина Т.А., Ениколопов С.Н., Мясников А.Ю. Тренинг по развитию навыков психофизической и психоэмоциональной саморегуляции у больных шизофренией с использованием телесно-ориентированного подхода: Методические рекомендации. – М.: МАКС Пресс, 2015. – 44 с. – [Электронный ресурс]. – URL:

28. Kahn R.S., Keefe R.S. Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(10):1107–1112. DOI: 10.1001/jamapsychia-try.2013.155
29. Friedman-Yakoobian M.S., Parrish E.M., Eack S.M., Keshavan M.S. Neurocognitive and social cognitive training for youth at clinical high risk (CHR) for psychosis: A randomized controlled feasibility trial. *Schizophr Res*. 2022 May;243:302-306. doi: 10.1016/j.schres.2020.09.005.
30. Солохина Т.А., Ястребов В.С., Цапенко А.И., Шевченко Л.С., Букреева Н.Д. Организация социально психологической помощи родственникам психически больных: методические рекомендации. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 36с. ISBN 978-5-317-04 XXXX. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles>
31. Солохина Т.А., Трушкина С.В. Тренинг навыков решения проблем для семей пациентов, страдающих психическими расстройствами: Методические рекомендации. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 24с. ISBN 978-5-317-04167-0
32. Солохина Т.А., Кузьминова М.В. Телетехнологии в период пандемии COVID-19: помощь пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями и членам их семей. *Психическое здоровье* 2021; (11): 46-53. DOI: 10.25557/2074-014X.2021.11.46-53
33. Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Тюменкова Г.В. Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности. *Психиатрия*. 2019;17(3):62–74.

Приложение 1

Анкета об удовлетворенности пациентов / родственников дистанционной работой

Дорогой друг! Вы участвовали в дистанционной работе.

Пожалуйста, ответьте на несколько вопросов, приведенных ниже, и
отметьте необходимое

Опрос проводится очно или в онлайн-формате

Дата заполнения опросника _____

ФИО

респондента _____

Возраст _____

ФИО специалиста, проводившего
опрос _____

**1. Понравилось ли Вам, в целом, участвовать в занятиях в
дистанционном формате?**

Да, понравилось – 1

Не очень понравилось – 2

Совсем не понравилось – 3

Затрудняюсь ответить – 4

2. Насколько Вас устраивал контакт со специалистами?

Устраивал полностью – 1

Не вполне устраивал – 2

Совсем не устраивал – 3

Затрудняюсь ответить – 4

3. Насколько Вас устраивал контакт с другими участниками?

Устраивал полностью – 1

Не вполне устраивал – 2

Совсем не устраивал – 3

Затрудняюсь ответить – 4

4. Были ли у Вас сложности при участии в дистанционной работе?

Не было совсем – 1

В какой-то мере были – 2

Были постоянно – 3

Затрудняюсь ответить – 4

**5. Если сложности были, укажите их, пожалуйста можно указывать
любое количество ответов):**

сложнее устанавливать контакт со специалистами – 1
не было реального, живого контакта с участниками и специалистами – 2
сложнее задавать вопросы – 3
увеличилась эмоциональная и умственная (когнитивная) нагрузка при участии – 4
не был (а) готов (а) к онлайн-работе, пришлось обучаться этому – 5
были технические сложности, прерывалась связь – 6
не мог(ла) уединиться – 7
мешали родственники, делали замечания/предложения, как работать, что говорить и др. – 8
в целом, вообще трудно работать в онлайн-формате – 9

Добавьте, пожалуйста, какие еще возникали сложности при работе:

6. Какие положительные стороны работы в онлайн, Вы бы отметили (можно указывать любое количество ответов):

комфортность – 1
можно просматривать видеозаписи для повторения занятий – 2
рациональная трата времени (не тратилось время на дорогу, удобные часы для работы, др.) – 3

Укажите, пожалуйста, еще плюсы дистанционной работы:

7. Как Вы считаете, занятия в онлайн для Вас были эффективными/полезными?

Да, были вполне эффективные – 1
Не очень эффективные – 2
Совсем не эффективные – 3
Затрудняюсь ответить – 4

8. В дальнейшем, Вы готовы участвовать в занятиях в онлайн-формате?

Да, однозначно, этот формат перспективный – 1
Нет, формат совсем не устраивает – 2
Гибридный формат (очно и онлайн) для работы устраивает больше – 3
Затрудняюсь ответить – 4

Напишите, пожалуйста, Ваши пожелания к дальнейшей работе

Спасибо за участие в опросе!

Дорогой коллега!

Вы принимали участие в проведении дистанционной работы с пациентами и их родственниками. Пожалуйста, ответьте на несколько вопросов, приведенных ниже, и отметьте необходимое.

1. Понравилось ли Вам, в целом, работать в дистанционном формате?

- Да, понравилось – 1
- Не очень понравилось – 2
- Совсем не понравилось – 3
- Затрудняюсь ответить – 4

2. Насколько Вас устраивал контакт с пациентами или родственниками пациентов?

- Устраивал полностью – 1
- Не вполне устраивал – 2
- Совсем не устраивал – 3
- Затрудняюсь ответить – 4

3. Были ли сложности при работе в онлайн-формате:

- Не было совсем – 1
- В какой-то мере были – 2
- Были постоянно – 3
- Затрудняюсь ответить – 4

4. Если сложности были, укажите их, пожалуйста можно указывать любое количество ответов):

- сложнее устанавливать контакт с участниками – 1
- не было реального, живого контакта с участниками – 2
- сложнее задавать вопросы – 3
- увеличилась нагрузка – 4
- больше времени затрачивалось на подготовку к занятию – 5
- пришлось значительно изменить технологию работы – 6
- не был (а) готов (а) к онлайн-работе, пришлось обучаться этому – 7
- необходимость получать супервизии – 8
- в целом, вообще трудно работать в онлайн-формате – 9

Допишите, пожалуйста, какие еще возникали сложности при работе:

5. Какие положительные стороны работы в онлайн, Вы бы отметили (можно указывать любое количество ответов):

комфортность – 1

легче, чем в обычном формате проводить лекции (например, при психообразовании пациентов, родственников или при обучении специалистов) – 2

рациональная трата времени (не тратилось время на дорогу, удобные часы для работы, др.) – 3

удалось вовлечь пациентов с низкой мотивацией – 4

можно просматривать свои видеозаписи или видеозаписи коллег и использовать это для улучшения занятий – 5

Укажите, пожалуйста, еще плюсы дистанционной работы:

6. Как Вы считаете, Ваша работа в онлайн была эффективной?

Да, была вполне эффективная – 1

Не очень эффективная – 2

Совсем не эффективная – 3

Затрудняюсь ответить – 4

7. В дальнейшем, Вы готовы проводить занятия в онлайн-формате?

Да, однозначно, этот формат перспективный – 1

Нет, формат совсем не устраивает – 2

Гибридный формат для работы устраивает больше – 3

Затрудняюсь ответить – 4

Напишите, пожалуйста, Ваши пожелания к дальнейшей работе

А теперь еще два вопроса:

Пол – муж – 1, жен – 2

Возраст _____

Спасибо за участие в опросе!

115522, Москва, Каширское шоссе, 34

+7 495 109-03-93

www.psychiatry.ru; www.ncpz.ru

e-mail: ncpz@ncpz.ru