

## Спиральная модель как методологическая основа реабилитации лиц с когнитивными расстройствами, проживающих в социальном пансионате психоневрологического профиля

<sup>1</sup>В. А. Корзун, <sup>2</sup>Т. А. Емельянцева

<sup>1</sup>Борисовская центральная районная больница, Борисов, Беларусь

<sup>2</sup>Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

**Цель исследования.** Теоретически и методологически обосновать применение спиральной модели реабилитационного процесса в качестве концептуальной основы для организации долговременной помощи лицам с когнитивными расстройствами, проживающим в социальном пансионате психоневрологического профиля (СППНП).

**Материал и методы.** Исследование носит теоретико-методологический характер. Ключевым методическим инструментом выступает логико-структурное моделирование, направленное на адаптацию спиральной модели Б. Боэма (B. Boehm, 1986) к специфике реабилитационного процесса в СППНП. В рамках моделирования определены этапы реабилитационного цикла, механизмы перехода между циклами, принципы управления рисками и критерии адаптации индивидуальных программ. Выводы основаны на анализе доказательств и нормативных требований, а не на эмпирических данных.

**Результаты.** Показано, что традиционная линейная «этапная» модель реабилитации ограниченно применима в условиях СППНП из-за хронического характера психических заболеваний, длительности проживания и прогрессирующих когнитивных нарушений. Спиральная модель обеспечивает итеративность, цикличность и гибкую адаптацию программ к изменяющемуся состоянию проживающих. Каждый виток реабилитационной спирали включает этапы диагностики, планирования, реализации и мониторинга эффективности. Модель позволяет управлять рисками и учитывать неопределенность, связанную с прогрессированием когнитивных расстройств и сопутствующей патологией, а также интегрирует междисциплинарные и межсекторальные подходы. Адаптация модели согласуется с биопсихосоциальной парадигмой и международными рекомендациями. Спиральная модель может быть встроена в существующие регламенты Республики Беларусь, что делает ее применимой для практического использования. Определены ключевые условия реализации модели: необходимость межсекторальной реабилитационной бригады, регулярной диагностики, системного документирования и оценки динамики в соответствии с международными стандартами. Выявлены ограничения, связанные с ресурсами и рисками профессионального выгорания.

**Заключение.** Спиральная модель реабилитационного процесса представляет собой методологически обоснованный и практически целесообразный подход к организации долговременной помощи в СППНП. Модель обеспечивает непрерывность, гибкость, персонализированность, риск-ориентированность реабилитационного процесса и соответствует биопсихосоциальной модели функционирования. Применение данной модели способствует формированию системной, динамической и междисциплинарной стратегии реабилитации, направленной на поддержание максимально возможного функционирования и качества жизни проживающих. Разработанная концепция может служить основой для последующих эмпирических, клинических и прикладных исследований.

**Ключевые слова:** социальный пансионат психоневрологического профиля, реабилитация, спиральная модель, межсекторальная реабилитационная бригада.

**Objective.** To provide a theoretical and methodological justification for the application of the spiral model of the rehabilitation process as a conceptual framework for organizing long-term care for individuals with cognitive disorders residing in social psychoneurological residential institutions.

**Materials and methods.** The study is theoretical and methodological in nature. The key methodological tool is logical and structural modeling aimed at adapting the spiral model proposed by B. Boehm (1986) to the specific context of the rehabilitation process in psychoneurological residential institutions. The modeling defines the stages of the rehabilitation cycle, mechanisms for transition between cycles, principles of risk management, and criteria for adapting individual rehabilitation programs. The conclusions are based on the analysis of scientific evidence and regulatory requirements rather than empirical data.

**Results.** It is demonstrated that the traditional linear, stage-based rehabilitation model has limited applicability in psychoneurological residential institutions due to the chronic nature of mental illnesses, long-term residence, and progressive cognitive decline. The spiral model ensures iterativity, cyclicity, and flexible adaptation of rehabilitation programs to the changing conditions of residents. Each turn of the rehabilitation spiral includes stages of assessment, planning, implementation, and monitoring of effectiveness. The model enables risk management and consideration of uncertainty related to the progression of cognitive disorders and comorbid conditions,

while also integrating interdisciplinary and intersectoral approaches. The adapted model aligns with the biopsychosocial paradigm and international recommendations and can be incorporated into the existing regulatory framework of the Republic of Belarus, making it suitable for practical implementation. Key conditions for implementation are identified, including the need for an intersectoral rehabilitation team, regular assessments, systematic documentation, and evaluation of dynamics in accordance with international standards. Limitations related to resource constraints and the risk of professional burnout are also identified.

**Conclusion.** The spiral model of the rehabilitation process represents a methodologically grounded and practically feasible approach to organizing long-term care in psychoneurological residential institutions. It ensures continuity, flexibility, personalization, and a risk-oriented approach to rehabilitation and is consistent with the biopsychosocial model of functioning. The application of this model contributes to the development of a systemic, dynamic, and interdisciplinary rehabilitation strategy aimed at maintaining the highest possible level of functioning and quality of life of residents. The proposed concept may serve as a foundation for further empirical, clinical, and applied research.

**Key words:** psychoneurological residential institution, rehabilitation, spiral model, intersectoral rehabilitation team.

---

HEALTHCARE. 2026; 2: 30–36

THE SPIRAL MODEL AS A METHODOLOGICAL BASIS FOR THE REHABILITATION OF INDIVIDUALS WITH COGNITIVE DISORDERS LIVING IN A SOCIAL PSYCHONEUROLOGICAL RESIDENTIAL INSTITUTION

V. Korzun, T. Yemelyantsava

Проблема оказания эффективной реабилитационной помощи в социальных пансионатах психоневрологического профиля (СППНП) является одной из наиболее сложных в современных условиях в сферах здравоохранения и социальной защиты [1; 2].

Особенностью лиц, проживающих в СППНП, является не только наличие хронических психических расстройств, но и длительный период проживания в учреждении, часто исчисляемый десятилетиями, а также прогрессирующий характер психических расстройств и нарушений когнитивных функций [3–5].

В данных условиях стандартная линейная модель реабилитации, ориентированная на последовательное прохождение этапов реабилитации с определенной конечной точкой, например восстановление после острого заболевания или состояния, оказывается малоприменимой, что логически приводит к необходимости поиска и обоснования альтернативных подходов, способных обеспечить непрерывность, гибкость и осмысленность реабилитационного процесса на протяжении длительного времени.

Цель исследования – теоретически и методологически обосновать применение спиральной модели реабилитационного процесса в качестве методологической основы для оказания эффективной реабилитационной помощи лицам с когнитивными расстройствами (КР), проживающим в СППНП.

### Материал и методы

Настоящее исследование имеет теоретико-методологическую направленность и ориентировано

на обоснование применимости спиральной модели реабилитационного процесса для организации долговременной помощи лицам с КР, проживающим в СППНП. Методологическая стратегия была выстроена как последовательная интеграция аналитического, теоретико-модельного, нормативно-правового и концептуально-синтетического подходов, обеспечивающих целостное рассмотрение исследуемой темы.

Ключевым методологическим инструментом выступило теоретическое логико-структурное моделирование, в рамках которого спиральная модель Барри Боэма [6] была адаптирована к специфике долговременной реабилитации в СППНП. В процессе моделирования были определены основные этапы процесса реабилитации, описаны механизмы перехода между циклами, уточнены критерии целеполагания, управления рисками и адаптации программ, выделены структурные элементы межпрофессионального взаимодействия. Адаптация учитывала клинические и социальные особенности проживающих, характер прогрессирования КР, специфику институциональной среды СППНП, а также требования нормативной правовой базы Республики Беларусь. Поскольку исследование носит теоретико-методологический характер, его выводы основаны на интеграции научных доказательств, актуальных международных рекомендаций, нормативных требований и анализа логики функционирования СППНП, а не на эмпирических данных. Описанный подход обеспечивает формирование концептуально выверенной и методологически устойчивой модели, предназначенной для дальнейших эмпирических, клинико-организационных и прикладных исследований.

### Результаты и обсуждение

В контексте СППНП реабилитацию можно рассматривать как всеобъемлющую концепцию действий, направленных на оптимизацию автономии, управления жизнью, функционирования и благополучия проживающих [7]. Перечисленные действия обычно включают разнообразные междисциплинарные подходы [8; 9]. Существуют различные методы реабилитации, которые доказали свою эффективность в отношении лиц с КР, включая деменцию, такие как когнитивная реабилитация, логопедическая помощь, трудотерапия, физическая реабилитация и др. [10–13].

Применение перечисленных методов в условиях СППНП требует гибкости в осуществлении реабилитационного процесса, а именно постоянной корректировки целей и стратегий на основе обратной связи от проживающих и наблюдаемой динамики состояния их здоровья. Наиболее адекватной теоретической основой для выстраивания реабилитационного процесса в условиях СППНП, на наш взгляд, является спиральная модель, адаптированная из концепции Б. Боэма, которая изначально была предложена в 1986 г. для разработки сложных программных систем. Данная модель сочетает в себе итеративность и последовательность, уделяя особое внимание управлению рисками на каждом витке спирали [6].

Аналогия с инженерией здесь не случайна: как и при создании сложного инженерного продукта, где требования могут меняться, в условиях долговременной реабилитации в СППНП цели и методы должны постоянно гибко корректироваться на основе регулярной обратной связи, что и является ядром спирального подхода [14].

Термин «спиральная модель реабилитации» подчеркивает циклический и итеративный характер реабилитационного процесса в условиях СППНП [6].

Спиральная модель позволяет задавать реалистичные управляемые цели каждого цикла реабилитации, корректировать их по мере изменения состояния проживающего, а также интегрировать мощные межпрофессиональные ресурсы в единую системную стратегию. Такой подход отвечает признанной в современной практике биопсихосоциальной парадигме, которая учитывает биологические, психологические и социальные детерминанты функционирования лиц с КР, проживающих в СППНП. Данная характеристика спиральной модели отличает ее от линейной «этапной модели», которая предполагает последовательное прохождение четко определенных фаз с конечной точкой, что менее применимо в отношении лиц, прожи-

вающих в СППНП. При этом неполное завершение программы реабилитации на каждом этапе позволяет переходить на следующий, не дожидаясь полного завершения реабилитационных мероприятий на текущем этапе [6].

При спиральной модели недостающие реабилитационные мероприятия могут быть выполнены на следующей итерации.

Применимость спиральной модели к реабилитации в СППНП обусловлена несколькими ключевыми аспектами.

Во-первых, итеративность и цикличность. Реабилитация в СППНП – это не однократное вмешательство, а непрерывный повторяющийся процесс. Каждый виток спирали – цикл реабилитации – включает фундаментальные этапы:

1) диагностика – комплексная оценка и переоценка состояния здоровья проживающего, его потребностей, ресурсов и факторов среды;

2) планирование вмешательств – разработка или адаптация индивидуальной программы реабилитации;

3) реализация вмешательств – проведение запланированных мероприятий;

4) мониторинг и оценка эффективности – отслеживание динамики состояния проживающего и оценка достижения целевых задач реабилитации в данном цикле реабилитации.

Такая цикличность позволяет гибко и своевременно реагировать на изменения в состоянии проживающего, которые неизбежны при длительном течении хронических психических расстройств. Постановка/коррекция целей реабилитации – формирование реалистичных и измеримых целевых задач реабилитации совместно с проживающим, при необходимости с родственниками проживающего, членами межсекторальной реабилитационной бригады – может проводиться на этапах диагностики и планирования вмешательств.

Во-вторых, управление рисками и неопределенностью. Модель Б. Боэма изначально акцентировала внимание на анализе рисков на каждом этапе [6]. В контексте СППНП это транслируется как необходимость постоянной оценки рисков, связанных с прогрессированием основного заболевания, развитием сопутствующей патологии, побочными эффектами применяемых лекарственных средств, а также со средовыми и организационными факторами. Каждый виток спирали позволяет идентифицировать данные риски и своевременно корректировать программу реабилитации для их минимизации [14].

В-третьих, постепенное наращивание и адаптация. Спиральная модель предполагает, что на

каждом последующем витке могут ставиться все более сложные цели либо, наоборот, при ухудшении состояния цели могут быть адаптированы в сторону поддержания достигнутого или обеспечения комфорта, что подразумевает интеграцию с паллиативным подходом. Важно подчеркнуть, что переход на следующий виток не означает «неполное завершение» предыдущего этапа в смысле пренебрежения ранее поставленными целевыми задачами. Скорее, это означает, что по результатам оценки текущего цикла реабилитации ранее поставленные цели могут быть признаны достигнутыми, скорректированы как нереалистичные на данном этапе и перенесены с модификациями на следующий этап либо заменены новыми, более актуальными.

В-четвертых, фокус на долговременной перспективе. В отличие от моделей, ориентированных на кратковременное восстановление, спиральная модель лучше отражает долговременный характер ухода и оказания помощи в условиях СППНП, где целью часто является поддержание максимально возможного уровня функционирования и качества жизни проживающих.

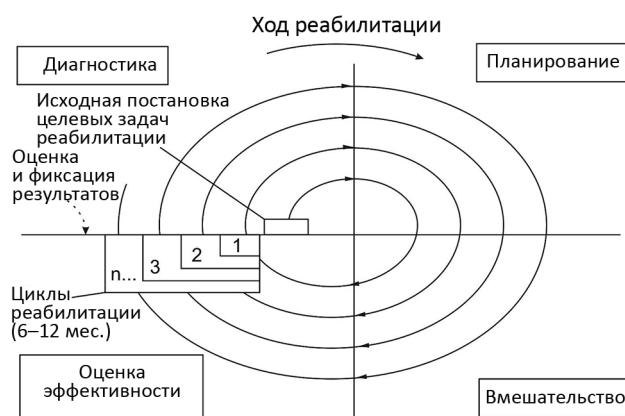
Основная проблема спирального процесса – определение момента перехода на следующий цикл [6]. Для этого необходимо ввести временные ограничения для каждого цикла реабилитации. Это может быть плановый пересмотр программы реабилитации, например 1 раз в 6–12 мес., либо внеплановый – при значительном изменении клинического или функционального статуса проживающего.

Переход к следующему циклу осуществляется согласно перечисленным принципам:

- 1) повтор диагностических мероприятий в каждом цикле реабилитации;
- 2) реализация цикла в соответствии с программой медицинской реабилитации;
- 3) постепенная коррекция нагрузки и количества используемых методов реабилитации;
- 4) соблюдение межсекторального подхода с использованием всех возможных направлений реабилитационных мероприятий [6].

Спиральная модель реабилитационного процесса, адаптированная для условий СППНП, представлена на рисунке.

Модель отражает цикличную и итеративную структуру процесса, где каждый виток спирали со



Спиральная модель реабилитационного процесса

The spiral model of the rehabilitation process

ответствует завершению цикла реабилитации. Подчеркивается постепенное наращивание целей и адаптация вмешательств на каждом последующем витке с учетом изменений состояния проживающего, факторов риска и результатов предыдущего цикла. Такая визуализация демонстрирует переход от линейной модели реабилитации к динамической системе долговременной поддержки, основанной на биопсихосоциальной парадигме и принципах непрерывности, гибкости и межпрофессионального взаимодействия. Предлагаемая модель должна рассматриваться через призму критериев реализуемости, эффективности и нормативной совместимости.

Следует отметить, что спиральная модель хорошо коррелирует с нормативной правовой базой: в контексте Республики Беларусь такой подход может быть встроен в существующие регламенты медицинской реабилитации, предусмотренные приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 сентября 2022 г. № 1141 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации»<sup>1</sup>, что превращает данную модель из теоретической концепции в реалистичный инструмент планирования, мониторинга и отчетности. Каждый «виток спирали» может методологически соответствовать одному плановому курсу реабилитации, например продолжительностью 28 сут., с кратностью до 4 раз в год. Обязательная оценка в конце каждого витка должна проводиться с использованием объективных критериев эффективности в соответствии

<sup>1</sup>О порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 1 сентября 2022 г. № 1141 : в ред. от 5 января 2024 г. № 13 // КонсультантПлюс. Беларусь : справ. правовая система (дата обращения: 09.06.2025).

с законодательством, а именно по динамике нарушений функций и изменению функционального класса ограничений жизнедеятельности. Оценка эффективности должна включать не только формальное тестирование, но и оценку поведенческих изменений, уровня социальной вовлеченности, частоты нежелательных явлений (падения, агрессия, полипрагмазия) и удовлетворенности самого проживающего и персонала качеством оказания помощи. Важным аспектом является документирование процесса на каждом цикле реабилитации, что позволяет отслеживать долгосрочную динамику и обосновывать изменения в реабилитационной стратегии.

Организационно данная модель требует деятельности межсекторальной реабилитационной бригады – объединения специалистов всех секторов деятельности стационарного учреждения социального обслуживания в пределах их компетенции, оказывающих комплекс услуг по медицинской реабилитации, медицинской абилитации, профессиональной реабилитации, профессиональной абилитации, трудовой реабилитации, социальной реабилитации и социальной абилитации в ходе проведения реабилитации и абилитации лиц, проживающих в СППНП [15].

Коллектив специалистов обладает возможностью совместно проводить оценку, планирование, вмешательство, мониторинг и оценку эффективности, что существенно повышает адекватность и целостность реабилитационного процесса. В качестве методологической основы оценки и планирования целесообразно использовать Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), что позволяет системно описывать активность и участие, факторы окружающей среды и личностные ресурсы. Интеграция МКФ с циклами реабилитации (витками спирали) способствует выработке динамических индивидуализированных программ реабилитации, где цели и вмешательства соотносятся не только с диагнозом, но и с качеством жизни, социальной интеграцией и участием в общественной жизни.

Одним из ограничений предлагаемого подхода является необходимость ресурсов (как кадровых, так и организационных): межсекторальная реабилитационная бригада, регулярная диагностика и мониторинг, документирование и отчетность. Также важно учитывать риск выгорания персонала и изменчивость мотивации проживающих, особенно в долгосрочной перспективе.

Тем не менее преимущества спиральной модели перевешивают ее недостатки: гибкость,

адаптивность, управление рисками и фокус на долгосрочную устойчивость делают ее особенно пригодной для реабилитации в СППНП. Именно такой подход может способствовать созданию целостной системы ухода, ориентированной не просто на стабилизацию, а на поддержание максимально возможного уровня функционирования и социального участия проживающих.

В заключение можно утверждать, что спиральная модель реабилитационного процесса – это теоретически обоснованный, организационно целесообразный и практически применимый подход в условиях СППНП. В отличие от негибких линейных моделей реабилитации спиральная модель обеспечивает итеративность, цикличность, фокус на управлении рисками и возможность гибкой адаптации целей в соответствии с динамикой состояния проживающего. Спиральная модель позволяет задавать реалистичные, управляемые цели на каждом этапе реабилитации, корректировать их по мере изменения состояния проживающего, а также интегрировать мощные межпрофессиональные ресурсы (медицинскую, психологическую, социальную помощь и духовную поддержку) в единую системную стратегию. Такой подход отвечает биопсихосоциальной парадигме и учитывает биологические, психологические и социальные детерминанты функционирования лица с психическими расстройствами. В целом интеграция спиральной модели реабилитации позволяет выстроить целостную, непрерывную и личностно-ориентированную систему реабилитации, направленную на поддержание максимально возможного функционирования и качества жизни лиц, проживающих в СППНП.

### Выводы

1. Стандартные линейные модели реабилитации недостаточно соответствуют условиям СППНП. Хронический прогрессирующий характер психических расстройств и длительность проживания в учреждении делают невозможным применение этапных схем реабилитации с фиксированной конечной точкой, что требует поиска альтернативных, более гибких теоретических оснований.

2. Спиральная модель реабилитационного процесса представляет собой методологически обоснованный и адаптированный подход для системы долгосрочной помощи лицам с КР в условиях СППНП. Итеративная циклическая структура модели позволяет пересматривать цели и методы реабилитационных вмешательств в соответствии с динамикой состояния проживающих и внешними факторами.

3. Адаптация спиральной модели к условиям СППНП обеспечивает интеграцию биопсихосоциального подхода и межпрофессионального взаимодействия. Каждый цикл реабилитации объединяет диагностику, планирование, реализацию и мониторинг, а межсекторальная реабилитационная бригада обеспечивает целостность и последовательность реабилитационного процесса.

4. Управление рисками является центральным элементом спиральной модели. Регулярная переоценка рисков, связанных с прогрессированием КР, сопутствующими заболеваниями, лекарственной терапией и средовыми факторами, позволяет своевременно адаптировать целевые задачи и стратегии реабилитации, минимизируя неблагоприятные исходы.

5. Модель согласуется с международными рекомендациями и может быть интегрирована в национальные нормативные регламенты. Применение МКФ в сочетании со спиральной структурой обеспечивает системность и объективность оценки функционирования, что позволяет формировать динамические индивидуальные программы реабилитации, ориентированные не только на медицинские параметры, но и на качество жизни, активность и участие проживающих.

6. Предлагаемая концептуальная модель служит теоретико-методологическим основанием для последующей исследовательской работы и формирует основу для эмпирических и прикладных изысканий, направленных на оценку эффективности и оптимизацию реабилитационного процесса в СППНП.

## Литература

1. Quality of care in long-term care departments in mental health facilities across the Czech Republic / L. Kalisova, M. Pav, P. Winkler [et al.] // *European Journal of Public Health*. – 2018. – Vol. 28, № 5. – P. 885–890.
2. Analysis of the effectiveness of cognitive rehabilitation for patients with chronic mental illness : a meta-analysis / J. S. Jang, S. Oh, G. Kim [et al.] // *World Journal of Clinical Cases*. – 2023. – Vol. 11, № 32. – P. 7822–7832.
3. Рожкова, Ю. В. Социальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами / Ю. В. Рожкова // *Омский научный вестник*. – 2006. – № 2 (35). – С. 273–276.
4. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems / T. L. Taylor, H. Killaspy, C. Wright [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2009. – Vol. 9. – doi: 10.1186/1471-244X-9-55.
5. Long-term impact of community psychiatric care on quality of life amongst people living with schizophrenia : a systematic review / J. Cerne Kolaric, A. Plemenitas Iljes, D. Kraner [et al.] // *Healthcare (Basel)*. – 2024. – Vol. 12, № 17. – doi: 10.3390/healthcare12171750.
6. Boehm, B. W. A spiral model of software development and enhancement / B. W. Boehm // *ACM SIGSOFT Software Engineering Notes*. – 1986. – Vol. 11, № 4. – P. 14–24.
7. Rehabilitation to live better with dementia / Y. Maki, T. Sakurai, J. Okochi [et al.] // *Geriatrics & Gerontology International*. – 2018. – Vol. 18, № 11. – P. 1529–1536.
8. A focus groups study of staff team experiences of providing interdisciplinary rehabilitation for people with dementia and their caregivers-a co-creative journey / N. Lindelof, I. Nilsson, H. Littbrand [et al.] // *BMC Geriatrics*. – 2023. – Vol. 23, № 1. – doi: 10.1186/s12877-023-04269-3.
9. Rehabilitation in Dementia / A. Gupta, N. B. Prakash, G. Sannyasi [et al.] // *Indian Journal of Psychological Medicine*. – 2021. – Vol. 43. – doi: 10.1177/02537176211033316.
10. Tackling Dementia : a systematic review of interventions based on physical activity / L. Liu, H. Dong, X. Jin, K. Brooke-Wavell // *Journal of Geriatric Physical Therapy*. – 2022. – Vol. 45, № 4. – doi: 10.1519/JPT.0000000000000332.
11. Goal-oriented cognitive rehabilitation for early-stage Alzheimer's and related dementias : the GREAT RCT / L. Clare, A. Kudlicka, J. R. Oyebode [et al.] // *Health Technology Assessment*. – 2019. – Vol. 23, № 10. – P. 1–242. – doi: 10.3310/hta23100.
12. Speech-language therapy and occupational therapy for patients with mild cognitive impairment and dementia : a retrospective cohort study using German health claims data / F. Dorr, D. Holle, B. Morouj [et al.] // *BMC Health Services Research*. – 2025. – Vol. 25. – doi: 10.1186/s12913-025-13149-y.
13. Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home : a systematic review and meta-analysis / S. Bennett, K. Laver, S. Voigt-Radloff [et al.] // *BMJ Open*. – 2019. – Vol. 9, № 11. – doi: 10.1136/bmjopen-2018-026308.
14. World mental health report: Transforming mental health for all / World Health Organization. – Geneva ; 2022. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (date of access: 03.04.2025).
15. Корзун, В. А. Совершенствование правового регулирования реабилитации в социальных пансионатах психоневрологического профиля: от концепции ухода к психосоциальной модели / В. А. Корзун, Т. А. Емельянцева // *Здравоохранение. Healthcare*. – 2025. – №10. – С. 20–27.

## References

1. Kalisova L., Pav M., Winkler P., et al. Quality of care in long-term care departments in mental health facilities across the Czech Republic. *Eur J Public Health*. 2018; 28(5): 885–890.
2. Jang J.S., Oh S., Kim G., et al. Analysis of the effectiveness of cognitive rehabilitation for patients with chronic mental illness. *WJCC*. 2023; 11(32): 7822–7832.

3. Rozhkova, Yu.V. *Social rehabilitation of persons suffering from mental disorders. Omskij nauchnyj vestnik.* 2006; 2(35): 273–276. (in Russian)
4. Taylor T.L., Killaspy H., Wright C., et al. *A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. BMC Psychiatry.* 2009; 9. doi: 10.1186/1471-244X-9-55.
5. Cerne Kolaric J., Plemenitas Iljes A., Kraner D., et al. *Long-term impact of community psychiatric care on quality of life amongst people living with schizophrenia. Healthcare (Basel).* 2024; 12(17). doi: 10.3390/healthcare12171750.
6. Boehm, B.W. *A spiral model of software development and enhancement. ACM SIGSOFT SEN.* 1986; 11(4): 14–24.
7. Maki Y., Sakurai T., Okochi J., et al. *Rehabilitation to live better with dementia. Geriatr Gerontol Int.* 2018; 18(11): 1529–1536.
8. Lindelof N., Nilsson I., Littbrand H., et al. *A focus groups study of staff team experiences of providing interdisciplinary rehabilitation for people with dementia and their caregivers-a co-creative journey. BMC Geriatrics.* 2023; 23(1). doi: 10.1186/s12877-023-04269-3.
9. Gupta A., Prakash N.B., Sannyasi G., et al. *Rehabilitation in Dementia. Indian J Psychol Med.* 2021; 43. doi: 10.1177/02537176211033316.
10. Liu L., Dong H., Jin X., Brooke-Wavell K. *Tackling Dementia. J Geriatr Phys Ther.* 2022; 45(4). doi: 10.1519/JPT.000000000000332.
11. Clare L., Kudlicka A., Oyebode J.R., et al. *Goal-oriented cognitive rehabilitation for early-stage Alzheimer's and related dementias. Health Technol Assess.* 2019; 23(10): 1–242. doi: 10.3310/hta23100.
12. Dorr F., Holle D., Morouj B., et al. *Speech-language therapy and occupational therapy for patients with mild cognitive impairment and dementia. BMC Health Serv Res.* 2025; 25. doi: 10.1186/s12913-025-13149-y.
13. Bennett S., Laver K., Voigt-Radloff S., et al. *Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home. BMJ Open.* 2019. 9(11). doi: 10.1136/bmjopen-2018-026308.
14. *World mental health report: Transforming mental health for all. WHO. Geneva; 2022. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (accessed: 03.04.2025).*
15. Korzun V.A., Yemelyantsava T.A. *Improving the legal regulation of rehabilitation in social boarding houses with a psychoneurological profile: from the concept of care to a psychosocial model. Zdravoohranenie. Healthcare.* 2025; 10: 20–27. (in Russian)

**Контактная информация:**

Корзун Василий Александрович – врач – психиатр-нарколог  
психоневрологического диспансера  
Борисовская центральная районная больница  
Ул. Связная, 47, 222526, г. Борисов  
Сл. тел. +375 177 78-75-20  
ORCID: 0009-0007-6625-5750

**Участие авторов:**

Концепция и дизайн исследования: В. А. К., Т. А. Е.  
Сбор информации и обработка материалов: В. А. К.  
Написание текста: В. А. К.  
Редактирование: В. А. К., Т. А. Е.  
Емельянцева Татьяна Александровна. ORCID: 0009-0000-2861-0829

**Конфликт интересов отсутствует**

Поступила 16.12.2025  
Принята к печати 15.01.2026