

Goncharov K.N., Yusupov V.V., Marchenko L.O., Babich E.O. Distance learning in a medical university: experience, problems, prospects. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. № 79. Pp. 65–75.

УДК 159.9.07

Е.В. Морозова¹, С.С. Алексанин²

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ВЕДУЩИХ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ПАТОЛОГИЙ

¹ Федеральное бюро медико-социальной экспертизы
(Россия, Москва, ул. Ивана Сусанина, д. 3);

² Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2).

В статье изложены результаты исследования реабилитационной приверженности пациентов ведущих инвалидизирующих патологий. По результатам исследования выявлено, что в группах пациентов, однородных по клинικο-демографическим и социальным показателям, но с разной установкой по отношению к инвалидности, формируется различный уровень реабилитационной приверженности. У пациентов, многократно оспаривающих решения медико-социальной экспертизы в отношении установления статуса «инвалид» или усиления группы инвалидности, реабилитационная приверженность статистически более низкая по сравнению с пациентами, не соотносящими себя с инвалидностью. Результаты исследования обосновывают необходимость психологической реабилитации с целью коррекции дезадаптивных личностных проявлений с момента «дебюта» заболевания и на всем его протяжении для профилактики социальной дезадаптации и формирования у пациентов реабилитационной приверженности.

✉ Морозова Елена Валерьевна – канд. психол. наук; рук. научно-метод. центра по комплексной реабилитации, зам. рук. Федер. центра научно-метод. и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России (Россия, Москва, 127486, ул. Ивана Сусанина, д. 3), e-mail: elvamorozova@yandex.ru;

Алексанин Сергей Сергеевич – д-р мед. наук, проф., член-корр. РАН, директор, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: medicine@nrcerm.ru.

Ключевые слова: реабилитационная приверженность, внутренняя картина инвалидности, психологическая реабилитация, личностные риски дезадаптации.

Введение

На данном этапе проблема приверженности является одной из актуальных проблем медицины, о чем свидетельствует широкая база научных исследований по данной теме [7].

Многообразие исследований приверженности пациентов, реализованных на данном этапе, в основном касается проработки проблемы приверженности к лечению. В научных публикациях приверженность преимущественно определяется как комплаентное поведение и следование пациентов врачебным рекомендациям в отношении лечения, а также, за редким исключением, и изменения образа жизни больных [6].

Вместе с тем современный подход к реабилитации, основанный на комплексной парадигме, позволяет расширить контекст проблемы приверженности, не ограничивая ее понимание лишь комплаентным поведением больных. Данный подход обосновывается тем, что в задачи комплексной реабилитации входит не только функциональное восстановление организма (особенно когда вылечить заболевание невозможно, как, например, при сахарном диабете), но и восстановление социального функционирования личности.

По положениям Федерального Закона от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», реабилитация больных и инвалидов должна решать важнейшую задачу – социально адаптировать и максимально интегрировать этих граждан в социум [13].

Таким образом, при заболеваниях с высокой степенью вероятности инвалидизации приверженность пациентов следует изучать в контексте их активного участия в социальном восстановлении, а современная коннотация проблемы приверженности может быть расширена до термина «реабилитационная приверженность личности».

Оценка инвалидности, осуществляемая в рамках медико-социальной экспертизы на основании действующих классификаций и критериев [12], помимо учета функциональных нарушений также включает анализ ограничений в основных сферах жизнедеятельности, таких как способность к труду, обучению, ориентировке в окружающей действительности, общению, самообслуживанию и др. Данное положение определяет, что, помимо участия больного в различных медицинских мероприятиях, его реабилитационная приверженность также должна быть направлена на восстановле-

ние основных сфер жизнедеятельности (т.е. социального функционирования) для интеграции (реинтеграции) личности в социум, а низкая реабилитационная приверженность приводит к социальной дезадаптации личности.

Исходя из выше очерченных теоретических и прикладных оснований, под **реабилитационной приверженностью** нами понимается интегративное свойство личности, отражающее ее направленность на реабилитацию, активность и участие в социальном восстановлении в различных сферах жизнедеятельности (в быту, в социальной среде, межличностных отношениях, профессиональной и социокультурной самореализации, а также здоровьесберегающей деятельности).

С учетом актуальности совершенствования реабилитационных подходов к больным и инвалидам, на базе ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России (ФБМСЭ) проведено исследование пациентов ведущих инвалидизирующих патологий с целью изучения психологических детерминант адаптивной активности субъекта и формирования реабилитационной приверженности, а также детерминант личностных рисков социальной дезадаптации.

Материалы и методы

В исследовании участвовало 510 пациентов, которые в равных пропорциях (по 102 человека) распределены по следующей нозологической структуре: злокачественные новообразования (C00-C97); болезни системы кровообращения (I00-I99); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99); хроническая эндокринная патология сахарный диабет 1 типа и сахарный диабет 2 типа (E10-E14).

Больные обследовались в ходе медико-социальной экспертизы в экспертных составах ФБМСЭ, а также в ходе стационарного курса комплексной реабилитации в клинических отделениях ФБМСЭ.

Психологически экспертные больные отличались, по сравнению с больными, находящимися на реабилитации, в отношении установки к инвалидности. Все экспертные больные отрицали положительные результаты реабилитации, что проявлялось в их протестном социальном поведении и намерении отстоять свои права в отношении несправедливо вынесенного в их адрес экспертного решения, которое они обжаловали на уровне районных бюро медико-социальных экспертиз (МСЭ), Главных региональных бюро МСЭ и на федеральном уровне в ФБМСЭ.

В соответствии с трижды вынесенным отрицательным экспертным решением (не в пользу притязаний больного) и фиксированной убежденностью человека в собственной инвалидизации, такое личностное отношение не является адаптивным, а установка к инвалидности в данном случае является неадекватной.

Специфика эмоционально-личностного реагирования пациентов, проходящих стационарный курс реабилитации в клинических отделениях ФБМСЭ, существенно отличалась от реагирования и поведения экспертных больных. Все пациенты активно принимали участие в реабилитационном процессе и были задействованы как в получении услуг медицинской реабилитации, так и в получении услуг по социальной реабилитации (включая психологические реабилитационные услуги). При этом установка к инвалидности у данной группы больных отсутствовала. Все больные при прохождении анкетирования указали, что не считают себя инвалидами, что далее было подтверждено результатами психологических тестов [8, 14]. Также больные указали, что в ближайшее время они не планируют обращаться в службу МСЭ по поводу оформления статуса «инвалид», что, в сравнении с фиксированной позицией необоснованной убежденности в собственной инвалидизации у экспертных больных, послужило основанием для изучения личностных особенностей в отличающихся по субъективному отношению к инвалидности группах.

В данной серии исследования сформированы следующие группы сравнения, различающиеся в зависимости от наличия и динамики статуса «инвалид»:

Группа 1 состояла из больных (120 чел.), ранее никогда не имевших статуса «инвалид» и в третий раз претендующих на первичную инвалидность;

Группа 2 состояла из инвалидов (120 чел.), степень тяжести инвалидности у которых снизилась со II группы на III группу в результате положительной реабилитационной динамики, и они трижды претендовали на возврат прежней группы инвалидности (в нашем исследовании 2 группы);

Группа 3 состояла из больных (120 чел.), у которых по результатам медико-социальной экспертизы статус «инвалид» был снят, и они трижды претендовали на возврат ранее установленной инвалидности;

Группа 4 состояла из больных, не отождествляющих себя с инвалидностью и реабилитирующихся с опорой на собственные социально-экономические и личностные ресурсы (150 чел.).

Данные группы однородны по основным клинико-демографическим и социально-средовым показателям (возраст, пол, диагноз и длительность заболевания, а также уровень образования). Статистически достоверные различия между группами выявлены лишь по показателям «длительность инвалидности», ввиду отсутствия у больных, не причисляющих себя к инвалидам, опыта жизни в статусе «инвалид», и «профессиональной занятости» – в пользу группы больных, не соотносящих себя с инвалидностью.

Критерием включения в группу экспертных больных было отрицательное решение медико-социальной экспертизы в ФБМСЭ в отношении установления им статуса «инвалид» либо усиления имеющейся группы инвалидности.

Критерием включения в группу больных, обследованных в условиях стационарного курса реабилитации, было отсутствие у них ранее в анамнезе инвалидности, а также отсутствие статуса «инвалид» на момент обследования.

Общим критерием для исключения больных из групп сравнения были мнестико-интеллектуальные нарушения психической деятельности в степени от умеренной до значительно выраженной, в связи с необходимостью когнитивно-интеллектуальной сохранности для выполнения используемых в обследовании методик, шкал, опросников и анкет.

В исследовании использовался различный диагностический инструментарий: анкеты для выявления объективных клинико-демографических и социально-средовых показателей и субъективного отношения личности к инвалидности, категоризированного нами как «внутренняя картина инвалидности» [5]. Также применялся комплекс психодиагностических средств: методик, шкал и опросников [1, 2, 3, 4, 8, 11, 14, 15], подобранных в соответствии с разработанной структурно-функциональной моделью [10], объясняющей психологические механизмы формирования внутренних условий (свойств и личностных качеств), способствующих и позволяющих человеку быть направленным, т. е. приверженным к реализации реабилитационного процесса.

В данной статье обсуждаются результаты исследования реабилитационной приверженности четырех групп больных с различной установкой к инвалидности на материале авторского опросника [9], разработанного для выявления психологической направленности больного на реализацию реабилитационного процесса в контексте активности и участия и социальной вовлеченности в различные сферы жизнедеятельности, а также позво-

ляющего оценить общий уровень реабилитационной приверженности личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания.

Исследование осуществлялось с помощью сравнительного анализа эмпирических данных, полученных с помощью расчета U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение

Для выявления специфики реабилитационной приверженности произведен сравнительный анализ психологических параметров групп больных с неадекватной установкой к инвалидности на различных этапах заболевания: до фактически установленной инвалидности, в процессе пребывания в данном статусе и после его утраты (группы 1, 2, 3), в сравнении с группой больных, не отождествляющих себя со статусом «инвалид» (группа 4).

При явном различии субъективного отношения к инвалидности и социального поведения больных, многократно претендующих на инвалидность, и больных, не отождествляющих себя с данным статусом, мы предположили, что их психологическая направленность на реабилитацию, понимаемая нами как приверженность к реабилитации, и их социальная вовлеченность, фактически отражающая реабилитационную приверженность в ее социальном контексте, также будет различна. На рис. 1. представлена диаграмма суммарных значений, отражающих общий уровень сформированности реабилитационной приверженности по каждой изучаемой группе.

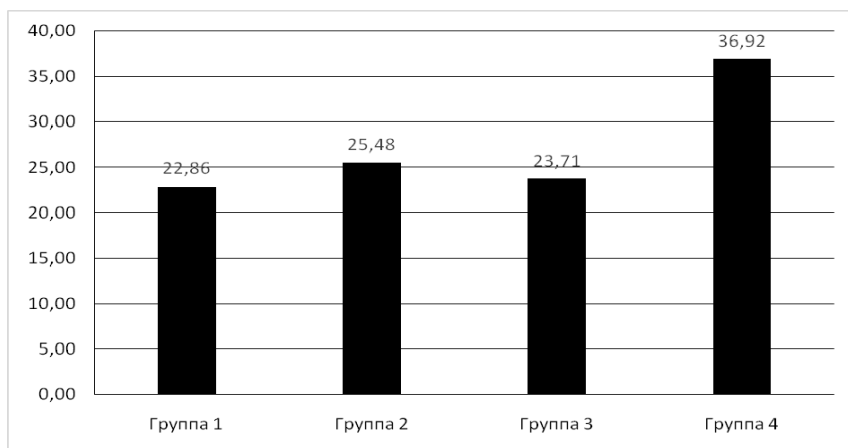


Рис. 1. Средние значения суммарного балла реабилитационной приверженности в четырех группах больных

Суммарные значения уровня сформированности реабилитационной приверженности в сравниваемых группах отражают уровень реабилитационной приверженности всех трех групп экспертных больных, статистически достоверно более низкую (см. табл.), чем в группе больных, не претендующих на инвалидность и реабилитирующихся с опорой на собственные интрапсихические и социально-средовые ресурсы. Наименьший уровень реабилитационной приверженности выявляется в группе больных, претендующих на первичную инвалидность. Более высокий уровень реабилитационной приверженности в экспертных группах выявляется у больных, находящихся в статусе «инвалид».

Апостериорные сравнения исследуемых групп больных по показателям реабилитационной приверженности (уровни статистической значимости)

Статистически достоверные различия между группами (уровень р)					
Группы сравнения (1, 2, 3, 4)					
(1 – 2)	(1 – 3)	(1 – 4)	(2 – 3)	(2 – 4)	(3 – 4)
Позитивное самоубеждение					
0,1137	0,8847	< 0,0001	0,4483	< 0,0001	< 0,0001
Планирование перспективы будущего					
0,0059	0,4129	< 0,0001	0,3390	< 0,0001	< 0,0001
Воля и ответственность за свое здоровье					
0,3775	1,0000	< 0,0001	0,4091	< 0,0001	< 0,0001
Дисциплина в лечении					
0,9986	0,9980	< 0,0001	0,9870	< 0,0001	< 0,0001
Направленность на здоровьесберегающую деятельность					
0,7435	0,7066	< 0,0001	0,9999	< 0,0001	< 0,0001
Профессиональная/образовательная самореализация					
0,2073	0,8738	< 0,0001	0,6419	< 0,0001	< 0,0001
Творческая самореализация					
0,1651	0,9720	< 0,0001	0,3723	< 0,0001	< 0,0001
Социокультурная активность					
0,0005	0,5023	< 0,0001	0,0642	< 0,0001	< 0,0001
Самореализация в межличностных отношениях					
0,0321	0,9961	< 0,0001	0,0163	< 0,0001	< 0,0001
Реализация бытового жизнеустройства					
0,6452	0,4552	< 0,0001	0,9908	< 0,0001	< 0,0001
Общий уровень сформированности реабилитационной приверженности					
< 0,0001	0,7584	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001

Суммарные показатели реабилитационной приверженности у экспертных больных располагаются в диапазоне низких значений (22,86 – 25,48 баллов), в сравнении с суммарным показателем 4-ой группы больных, не причисляющих себя к инвалидам, у которой уровень данного показателя определяется в диапазоне высоко (устойчиво) сформированной реабилитационной приверженности и составляет 36,92 балла, что статистически ($p < 0,0001$) различается с первыми тремя группами экспертных больных (см. табл.).

Далее рассмотрим показатели опросника оценки реабилитационной приверженности, характеризующие психологическую направленность личности на реализацию реабилитационного процесса (см. рис. 2). Данный блок опросника фактически отражает когнитивно-эмоциональный и мотивационный компонент реабилитационной приверженности, включая направленность личности на позитивное самоубеждение; мотивацию к планированию перспективы будущего и реализации текущих событий; волевой компонент; ответственность за свое здоровье; дисциплину в лечении; поисковую активность для реализации здоровьесбережения. На рис. 2 видно, что все показатели 4-ой группы больных, не претендующих на инвалидность, критично значимо отличаются по сравнению с 1-ой, 2-ой, 3-ей группами экспертных больных (см. табл.). В профиле 4-ой группы наиболее высокое значение определяется по показателю «позитивное самоубеждение», а наиболее низкие – по показателям «планирование перспективы будущего» и «направленность на здоровьесберегающую деятельность».

В группах экспертных больных наиболее высокий показатель позитивного самоубеждения выявлен у 2-ой группы, в которую входят больные, находящиеся в статусе «инвалид», у которых степень тяжести инвалидности снижена в результате положительной реабилитационной динамики. Далее по показателю «позитивного самоубеждения» следует группа больных, утративших инвалидность, и самый низкий уровень «позитивного самоубеждения» выявлен у группы экспертных больных, претендующих на первичную инвалидность.

Подобная динамика также проявилась по показателю «планирование перспективы будущего» в группах экспертных больных. Так, лучше всего перспективу будущего выстраивают больные 2-ой группы, находящиеся в статусе «инвалид», более низкий уровень показателя определяется у больных с утраченной группой инвалидности, и самый низкий показатель по параметру «перспектива будущего» выявлен в 1-ой группе больных, претендующих на первичную инвалидность.

По показателю «воля и ответственность за свое здоровье» наиболее высокий показатель выявлен во 2-ой группе больных, при этом далее статистических различий по данному показателю между 1-ой и 3-ей группой не обнаруживается, что характеризует одинаково низкую способность больных, претендующих на первичную инвалидность, и больных, у которых статус «инвалид» был снят, к проявлению волевых усилий, а также ответственному отношению к здоровью.

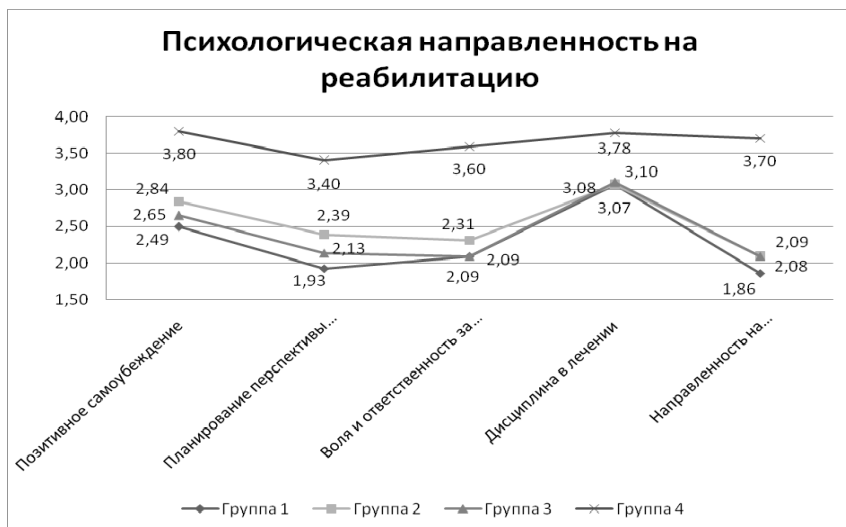


Рис. 2. Показатели, отражающие психологическую направленность личности на реабилитацию и жизнедеятельность в условиях болезни в группах больных

По показателю «направленность на здоровьесберегающую деятельность» самое низкое значение выявляется у 1-ой группы больных, претендующих на первичную инвалидность, при отсутствии статистических различий в группе инвалидов и группе с утраченной инвалидностью. Также отсутствуют статистически достоверные различия в трех группах экспертных больных по показателю «дисциплина в лечении», при том, что в профиле всех экспертных больных обнаруживается наиболее высокое значение данного показателя по сравнению с другими показателями.

Далее рассмотрим динамику значений показателей между изучаемыми группами больных по параметрам, отражающим социальную вовлеченность больных и их активность, и участие в различных сферах жизне-

деятельности, включая профессиональную, образовательную, творческую самореализацию, социокультурную активность, самореализацию в межличностных отношениях и реализацию бытового жизнеустройства (рис. 3).

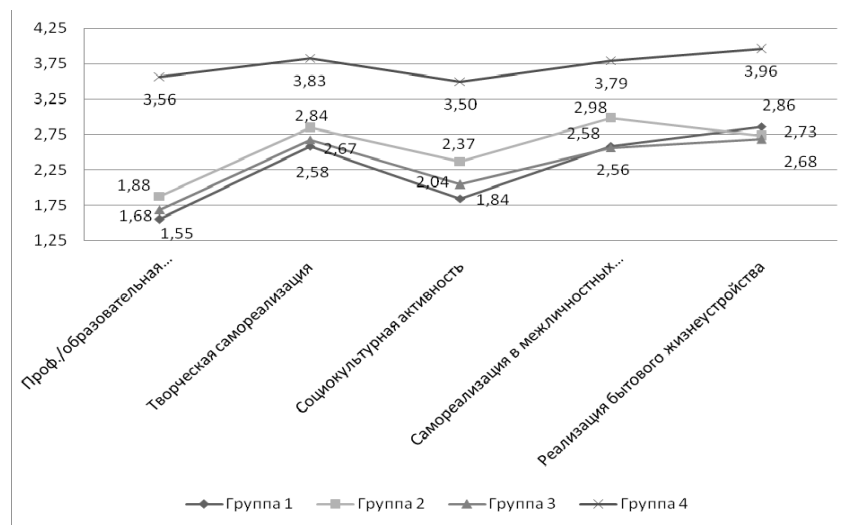


Рис. 3. Показатели, отражающие социальную вовлеченность личности в жизнедеятельность (активность и участие личности) в группах больных

По параметрам, отражающим социальную вовлеченность личности в жизнедеятельность, профили групп также распределились с существенным разрывом в пользу больных реабилитационной группы. По всем показателям больных 4-ой группы выявлены высокие статистически достоверные различия (см. табл.) по сравнению с показателями больных из экспертных групп.

У экспертных больных (1-ая, 2-ая, 3-я группы) минимально выражен показатель по «профессиональной и образовательной самореализации», который между группами экспертных больных существенных статистически достоверных различий не имеет, однако по степени выраженности наиболее низкую самореализацию в данных сферах отмечают больные, претендующие на первичную инвалидность; далее идет группа больных с утраченной инвалидностью, и более высокий показатель выявлен у больных, на данном этапе находящихся в статусе «инвалид».

Далее подобная динамика между группами прослеживается и по другим показателям: в «творческой самореализации» и в «социокультурной

активности» наиболее высокие показатели обнаруживаются во 2-ой группе больных, находящихся на данном этапе в статусе «инвалид», затем по выраженности следуют больные 3-ей группы с утраченной инвалидностью, и самые низкие значения показателей определяются у 1-ой группы больных, претендующих на первичную инвалидность.

По показателю «самореализации в межличностных отношениях» динамика несколько меняется: во 2-ой группе больных с инвалидностью данный показатель статистически достоверно отличен от показателя 3-ей группы больных, утративших инвалидность. В «реализации бытового жизнеустройства» более высокий показатель выявлен у 1-ой группы больных, претендующих на первичную инвалидность, что в целом свидетельствует о меньшей степени бытовой обремененности больных, инвалидность у которых по факту отсутствует, в то время как у больных 2-ой и 3-ей группы реализация бытовой деятельности более низкая и между группами по данному показателю различий нет.

Рассмотренная динамика показателей, характеризующих реабилитационную приверженность больных изучаемых групп, позволяет сформулировать выводы в отношении выявленных различий в структуре реабилитационной приверженности как по больным, фиксированным на получении инвалидности (либо ее утяжелении), так и по больным таких же нозологических форм, не причисляющим себя к инвалидам и реабилитирующимся с опорой на собственные «внутриличностные» и социально-средовые ресурсы.

Выводы

1. Сравнение показателей реабилитационной приверженности в изучаемых группах выявило, что в группах больных, не отождествляющих себя с инвалидностью, реабилитационная приверженность по всем изучаемым показателям сформирована на статистически достоверном уровне выше, по сравнению с группами экспертных больных, многократно претендующих на установление, возврат или усиление инвалидности. С учетом однородности сравниваемых групп по клинико-демографическим и социально-средовым показателям полученные результаты подчеркивают роль и значение социально-психологических факторов и особенностей личности, влияющих на восприятие больными ситуации инвалидизирующего заболевания и активации их личностного реабилитационного потенциала для преодоления многокомпонентных проблем, возникающих в ходе реабилитационного процесса.

2. В группе больных, находящихся на реабилитации, показатели психологического компонента реабилитационной приверженности и показатели социальной вовлеченности в различные сферы жизнедеятельности и социальных отношений распределяются в диапазоне от 3,40 до 3,96 баллов, формируя суммарный показатель реабилитационной приверженности в 36,92 балла. Данный показатель по опроснику «Оценки реабилитационной приверженности» соотносится с ее устойчиво сформированным уровнем и в процентной реализации приверженности соответствует 92,3 %, что высоко характеризует психологическую направленность указанной группы к реализации реабилитационного процесса, включая активность и участие в различных сферах жизнедеятельности и социальных отношений.

3. В группах экспертных больных значения показателей, характеризующих психологический и социальный компонент приверженности, распределились в диапазоне 1,55 – 3,10 баллов, при ее среднем суммарном показателе (уровне сформированности реабилитационной приверженности для всех экспертных подгрупп) в 24 балла. Данное значение, в соответствии с градацией опросника, отражает низкий (неустойчивый) уровень реабилитационной приверженности, который в процентном соотношении соответствует 60 % реализованных личностью усилий по достижению реабилитационных эффектов, также отражая то, что по крайней мере 40 % реабилитационного потенциала личности в реализации реабилитационных задач у данной группы больных не задействовано.

4. Анализ показателей экспертных подгрупп выявил специфику личностного реагирования больных группы, находящихся в статусе «инвалид», которая проявляется более высокими значениями, по сравнению с двумя другими группами экспертных больных, по большинству показателей (7 из 10) и в психологических компонентах приверженности, и по показателям социальной вовлеченности больных, что в целом характеризует данную группу как более адаптированную к ситуации инвалидизирующего заболевания. Данная специфика, в целом, может объясняться тем, что, несмотря на снижение степени тяжести инвалидности (в нашем исследовании со 2-ой группы на 3-ю группу инвалидности в связи с положительной реабилитационной динамикой), больные этой группы находятся в «зоне» социальной поддержки, получая соответствующий пакет медико-социальных и экономических льгот.

5. Наиболее низкие значения по большинству показателей реабилитационной приверженности выявляются у 1-ой группы больных, ранее в статусе «инвалид» никогда не состоявших и на момент обследования три-

жды претендовавших на установление инвалидности. С учетом отсутствия ранее в анамнезе у данных больных статуса «инвалид» и очередного отрицательного решения медико-социальной экспертизы в отношении инвалидности, полученного на федеральном уровне, можно констатировать, что на данном этапе больные указанной группы необоснованно отождествляют себя со статусом «инвалид», что характеризует неадекватную «внутреннюю картину инвалидности» [5], не способствует их адаптации и интеграции в социум, так как их субъектная активность реализуется в стратегиях иждивенческой направленности.

6. Также значения ниже, чем у группы «инвалидов», выявлены по большинству показателей у больных, утративших инвалидность. Можно сказать, что в целом, по сравнению со 2-ой группой больных, находящихся в статусе «инвалид», больные, утратившие данный статус, проявляют меньшую направленность на реабилитацию и социальную вовлеченность. В самосознании этих больных трансформация из роли «Я – инвалид» в роль «Я – больной» на данном этапе пока не происходит, вследствие чего они не в состоянии переключиться на реализацию адаптивной социальной активности, психологически по-прежнему оставаясь в рамках ограничивающей «инвалидной» ролевой позиции, значительно сужающей спектр социально-ролевого функционирования.

7. В целом, по сравнению с группой больных, не отождествляющих себя с инвалидностью и реабилитирующихся с опорой на собственные личностные и социально-средовые ресурсы, больные всех трех экспертных подгрупп проявляют низкий уровень социального функционирования и низкую психологическую направленность на реабилитацию, а их субъектная активность на данный момент сосредоточена не на задачах психологического и социального восстановления, а на дезадаптивной фиксации в достижении статуса «инвалид» (либо усилении инвалидности), в чем, по результатам медико-социальной экспертизы, больным из экспертных подгрупп было многократно отказано.

Заключение

Таким образом, исследование больных с различной установкой к инвалидности (многократно претендующих на инвалидность либо на более тяжелую группу инвалидности и больных, реабилитирующихся вне статуса «инвалид») выявило, что при неадекватной установке к инвалидности больные менее настроены на реализацию широкого комплекса медико-социальных задач, включая восстановление социального статуса в труде,

образовании, активности в различных сферах жизнедеятельности и социальных отношений. Данная ситуация обусловлена выраженной личностной дезадаптацией больных, фиксированных на инвалидизирующих последствиях заболевания и неспособных перенаправить свою субъектную активность в продуктивное русло участия в социальном функционировании.

Выявленные в исследовании данные обуславливают острую необходимость подключения психологов к работе с пациентами на самых ранних этапах заболевания для их психологического сопровождения в соответствии с потребностью в услугах по психологической реабилитации. Психологическая реабилитация пациентов должна реализовываться на всем протяжении болезни с целью своевременного выявления личностных рисков дезадаптации и их целенаправленной коррекции. Особое внимание необходимо уделять профилактике и коррекции дезадаптивных проявлений «внутренней картины инвалидности» у пациентов, которая, как показало исследование, может формироваться задолго до фактического установления статуса «инвалид» и существенно затруднять последующую адаптацию и интеграцию личности в социум при условии неадекватного личностного отношения к себе как к инвалиду и к ситуации инвалидности в целом.

Литература

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. [и др.] Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях: Пособие для врачей и медицинских психологов / под ред. Л.И. Вассермана. – СПб.: СПбНИПНИ им. Б.М. Бехтерева, 2008. – 35 с.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Беребин М.А. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и её практическое применение. Методические рекомендации – СПб.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, 2004. – 28 с.
4. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. [и др.] Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей / под ред. Л.И. Вассермана. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 54 с.
5. Внутренняя картина инвалидности. «Энциклопедический словарь» / под ред. проф. Н.Д. Твороговой. – М.: Практическая медицина, 2016. – С. 122–123.
6. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность // Заместитель главного врача. – 2009. – № 11. – С. 18–25.
7. Кувшинова Н.Ю. Проблема приверженности терапии в различных областях медицины // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17, № 5 (3). – С. 1014–1020.

8. Кун М., Макпартленд Т. Эмпирическое исследование установок личности на себя // Современная зарубежная социальная психология: Тексты / под редакцией Г.М. Андреевой, Н.Н. Богомоловой, Л.А. Петровской. – М.: Издательство МГУ, 1984. – 255 с.

9. Морозова Е.В. Новые диагностические подходы к оценке реабилитационной приверженности личности // Медико-социальные проблемы инвалидности – 2020. – № 1. – С. 61–73.

10. Морозова Е.В. Структурно-функциональная модель реабилитационной активности и реабилитационной приверженности личности к реабилитационному процессу // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2021. – № 3. – С. 66–74.

11. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) : учебное пособие. – Казань: Казанская Государственная Медицинская Академия, 2003. – С. 24–31.

12. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Приказ Минтруда России от 27.04.2019 № 585н (ред. от 08.12.2020) [Электронный источник]. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.07.2021).

13. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 08.12.2020). С изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 19.12.2020. [Электронный источник]. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.07.2021).

14. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство). – М.: Издательство Института Психотерапии, 2009. – 224 с.

15. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Издательство Института Психотерапии, 2002. – 339 с.

Поступила 13.09.2021

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Морозова Е.В., Алексанин С.С. Реабилитационная приверженность больных и инвалидов ведущих инвалидизирующих патологий // Вестник психотерапии. 2021. № 79 (84). С. 75–92.

REHABILITATION COMMITMENT PATIENTS AND DISABLED PEOPLE LEADING DISABLING PATHOLOGIES

Morozova E.V.¹, Aleksanin S.S.²

¹Federal Bureau of Medical and Social Expertise
(Ivan Susanin Str., 3, Moscow, Russia);

²Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia
(Akademika Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia).

✉ Elena Valerievna Morozova – Ph.D. Psychol. Sci.; Head of the scientific and methodological center for comprehensive rehabilitation, Deputy Head of the Federal center for scientific, methodic and methodological support for the development of the System of comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled persons and children with disabilities Federal Bureau of Medical and Social Expertise (Ivan Susanin Str., 3, Moscow, 127486, Russia), mail: elvamorozova@yandex.ru;

Sergei Sergeevich Aleksanin – Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member of Russian Academy of Sciences, Director, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademika Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: medicine@nrcerm.ru.

Abstract. The article presents the results of a study of the rehabilitation commitment of patients leading disabling pathologies. According to the results of the study, it was revealed that in groups of patients homogeneous in clinical, demographic and social indicators, but with different attitudes to disability, a different level of rehabilitation commitment is formed. In patients who repeatedly challenge the decisions of the medical and social expertise regarding the establishment of the status of "disabled" or the strengthening of the disability group, the rehabilitation commitment is statistically lower compared to patients who do not relate themselves to disability. The results of the study substantiate the need for psychological rehabilitation in order to correct maladaptive personality manifestations from the moment of the "debut" of the disease and throughout its entire course for the prevention of social maladaptation and the formation of rehabilitation commitment in patients.

Keywords: rehabilitation commitment, internal picture of disability, psychological rehabilitation, personal risks of maladaptation.

References

1. Belova A.N. Shkaly, testy i oprosniki v medicinskoj reabilitacii [Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation]. Moskva. 2002. 440 p. (In Russ.)
2. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R. [et al.] Metodika dlya psichologicheskoy diagnostiki sovladayushhego povedeniya v stressovyh i problemnyh dlya lichnosti situatsiyah [Methodology for psychological diagnosis of coping behavior in stressful and personality-problematic situations] Ed. : L.I. Vassermana. Sankt-Peterburg. 2008. 35 p. (In Russ.)
3. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Berebin M.A. Metodika dlya psichologicheskoy diagnostiki urovnya socialnoj frustirovannosti i eyo prakticheskoe primeneniye [Methodology for psychological diagnosis of the level of social frustration and its practical application]. Sankt-Peterburg. 2004. 28 p. (In Russ.)
4. Vasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B. [et al.] Psichologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya [Psychological diagnosis of the life style index.

Manual for psychologists and doctors]. Ed. : L.I. Vassermana. Sankt-Peterburg. 2005. 54 p. (In Russ.)

5. Vnutrennyaya kartina invalidnosti [The internal picture of disability]. Ed. : prof. N.D. Tvorogovoj. Moskva. 2016. Pp. 122–123. (In Russ.)

6. Elfimova E.V., Elfimov M.A. Lichnost i bolezni: «vnutrennyaya kartina bolezni», kachestvo zhizni i priverzhennost [Personality and disease: "internal picture of the disease," quality of life and commitment] *Zamestitel glavnogo vracha* [Deputy Chief Physician]. 2009. N 11. Pp. 18–25. (In Russ.)

7. Kuvshinova N.Yu. Problema priverzhennosti terapii v razlichnyh oblastyah mediciny [The problem of adherence to therapy in various fields of medicine] *Izvestiya Samarskogo nauchnogo centra Rossijskoj akademii nauk* [Izvestia of the Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences]. 2015. Vol. 17, N 5 (3). Pp. 1014–1020. (In Russ.)

8. Kun M., Makpartlend T. Empiricheskoe issledovanie ustanovok lichnosti na sebya [Empirical study of personality attitudes on himself] *Sovremennaya zarubezhnaya socialnaya psihologiya* [Modern foreign social psychology]. Ed. : G.M. Andreevoj, N.N. Bogomolovoj, L.A. Petrovskoj. Moskva. 1984. 255 p. (In Russ.)

9. Morozova E.V. Novye diagnosticheskie podhody k ocenke reabilitacionnoj priverzhennosti lichnosti [New diagnostic approaches to assessing the rehabilitation commitment of the personality] *Mediko-socialnye problemy invalidnosti* [Medical and social problems of disability]. 2020. N 1. Pp. 61–73. (In Russ.)

10. Morozova E.V. Strukturno-funkcionalnaya model reabilitacionnoj aktivnosti i reabilitacionnoj priverzhennosti lichnosti k reabilitacionnomu processu [Structural-functional model of rehabilitation activity and individual rehabilitation commitment to the rehabilitation process] *Mediko-socialnye problemy invalidnosti* [Medical and social problems of disability]. 2021. N 3. Pp. 66–74. (In Russ.)

11. Nabiullina R.R., Tuhtarova I.V. Mehanizmy psihologicheskoy zashhity i sovladaniya so stressom (opredelenie, struktura, funkcii, vidy, psihoterapevticheskaya korrekciya) [Mechanisms of psychological protection and coping with stress (definition, structure, functions, types, psychotherapeutic correction)] : Uchebnoe posobie. Kazan. 2003. Pp. 24–31. (In Russ.)

12. O klassifikacijah i kriterijah, ispolzuemyh pri osushhestvlenii mediko-socialnoj ekspertizy grazhdan federalnymi gosudarstvennymi uchrezhdeniyami mediko-socialnoj ekspertizy [On classifications and criteria used in the implementation of medical and social expertise of citizens by federal state institutions of medical and social expertise]. Prikaz Mintruda Rossii ot 27.04.2019 № 585n (red. ot 08.12.2020) URL: <http://www.consultant.ru> (In Russ.)

13. O socialnoj zashhite invalidov v Rossijskoj Federacii [Social protection of persons with disabilities in the Russian Federation]. Federalnyj zakon ot 24.11.1995 № 181-FZ (red. ot 08.12.2020). S izmeneniyami i dopolneniyami, vstupivshimi v silu s 19.12.2020. URL: <http://www.consultant.ru> (In Russ.)

14. Rubinshtejn S.Ya. Eksperimentalnye metodiki patopsihologii i opyt primeneniya ih v klinike [Experimental methods of pathopsychology and experience of their application in the clinic]. Moskva. 2009. 224 p. (In Russ.)

15. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manujlov G.M. Socialno psihologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malyh grupp [Social psychological diagnosis of the development of personality and small groups]. Moskva. 2002. 339 p. (In Russ.)

Received 13.09.2021

For citing. Morozova E.V., Aleksanin S.S. Reabilitacionnaya priverzhennost bolnyh i invalidov vedushhih invalidiziruyushhih patologij. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 79. Pp. 75–92. **(In Russ.)**

Morozova E.V., Aleksanin S.S. Rehabilitation commitment patients and disabled people leading disabling pathologies. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 79. Pp. 75–92.