

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РАЗРАБОТКЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

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 данной статье рассмотрен концептуальный подход к разработке проблемы реабилитационной приверженности личности, включая обоснование ее актуальности, методологические основания построения концепции, с приведением принципов, структурно-функциональную модель. Данная модель системно обобщает многокомпонентную структуру, функции, свойства и механизмы формирования реабилитационной приверженности личности. Модель обладает прогностико-диагностическим свойством и имеет прикладное значение для медико-социальной экспертизы и эффективной реализации реабилитационного процесса, в ходе которых необходимо учитывать специфику личностных механизмов, влияющих на формирование реабилитационной приверженности пациента, своевременно выявлять личностные риски дезадаптации для их последующей коррекции.

Ключевые слова: реабилитационная приверженность, психологическая реабилитация, социальное функционирование, комплексная реабилитация, личностные риски дезадаптации.

Введение

Актуальность разработки проблемы реабилитационной приверженности личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, обусловлена ростом инвалидности вследствие ведущих инвалидизирующих патологий не только в России, но и во всем мире [2], а также ря-

✉ Морозова Елена Валерьевна – канд. психол. наук, рук. науч.-метод. центра по комплексной реабилитации; зам. рук. Федер. центра науч.-метод. и методологического обеспечения развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, Федер. 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, заслуженный врач России, 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.

дом противоречий, детерминирующих актуальность ее разработки, которые можно классифицировать следующим образом.

Теоретико-методологические противоречия обусловлены, с одной стороны, декларируемой повесткой государственной социальной политики о необходимости снижения, профилактики инвалидности и совершенствования системы комплексной реабилитации [15], с другой стороны, слабой научной проработкой на данный момент проблемы личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, что требует дальнейших исследований и выявления психологических детерминант направленности личности на реабилитацию, реализуемую как в сфере охраны здоровья граждан, так и в сфере социальной защиты инвалидов [12, 13].

Нормативно-правовые противоречия обусловлены абстрактным определением в нормативно-правовой документации критерия «личностные особенности» [11] и отсутствием конкретных указаний личностных характеристик, без ясности понимания на практике, какие именно «особенности» личности важны для целей ее эффективной реабилитации. Данный аспект также парадоксален с учетом широко внедряемой в реабилитационную практику Международной классификации функционирования [1, 6], которая позволяет учитывать различные компоненты функционирования человека, включая показатели структур, функций и систем организма, средовых факторов, деятельностных характеристик человека: «активность и участие», а также фактор личности. При этом психологические характеристики личностного фактора, непосредственно определяющие личностную активность и участие, по существу в данной классификации не раскрыты и ограничиваются лишь персональными данными о человеке (пол, возраст и др.), не в полной мере отражающими личностные свойства в психологическом смысле.

Практико-методические противоречия обусловлены отсутствием методических средств, позволяющих оперативно оценить для целей медико-социальной экспертизы и реабилитации приверженность больного к реабилитационному процессу, включая не только направленность личности на здоровьесберегающую деятельность, но и ее активность и участие в социальном функционировании. Данные компоненты по сути отражают личностный ресурс (т.е. личностный реабилитационный потенциал), обеспечивающий адаптацию и интеграцию личности в социум. При этом в ходе медико-социальной экспертизы для инвалида разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (ИПРА) [8, 14], в которую, на основании оценки медико-социальных и социально-психологических факторов и

уровня реабилитационного потенциала, служба медико-социальной экспертизы вносит рекомендации о нуждаемости в основных направлениях реабилитации для дальнейшей реализации соответствующих реабилитационных мероприятий.

Организационно-межведомственные противоречия связаны с острой потребностью в своевременном предупреждении и профилактике социальной дезадаптации больных на самом начальном этапе заболевания, при отсутствии научно обоснованных практических рекомендаций, позволяющих эффективно реализовывать реабилитационные мероприятия посредством раннего выявления личностных рисков дезадаптации, их своевременной профилактики и коррекции у больных на всех этапах заболевания (начиная с «дебюта» заболевания в сфере здравоохранения до определения группы инвалидности, на этапе медико-социальной экспертизы и в процессе пребывания больного в статусе «инвалид», а также – что особенно важно – на этапе снятия с больного инвалидности).

Кроме сложившихся противоречий, предпосылками постановки проблемы реабилитационной приверженности личности стали объективные адаптационные сложности, возникающие у больных. Так, больному, даже при условии функциональной компенсации, на протяжении всей жизни необходимо целенаправленно решать ряд медико-социальных задач, не ограничивающихся выполнением лечебных процедур и подразумевающих активность и участие в социальной жизни. Данные задачи подразумевают включенность личности в деятельность по бытовой адаптации и жизнеустройству, преодолению средовых барьеров, организации трудоустройства и (или) образования, межличностной и социокультурной самореализации, что требует личностной направленности пациента на реализацию данной деятельности.

Постановка проблемы и основные концептуальные положения

Данные противоречия и объективные медико-социальные сложности, возникающие у больных на различных этапах инвалидизирующего заболевания, порождают существенные организационно-методические трудности в реализации психологического аспекта реабилитации как в сфере охраны здоровья граждан, так и в социальной сфере и служат основанием для постановки проблемы реабилитационной приверженности и разработки системной психологической концепции, обобщающей различные аспекты данной проблематики.

В формировании и разработке концепции о реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания значительную роль играет теоретическое осмысление существующих на данный момент исследований по теме приверженности больных к лечению, в которых данная проблема преимущественно изучается в ракурсе соблюдения больными предписаний врачей в отношении выполнения лечебных рекомендаций (т.е. комплаенса), а также изменения образа жизни [3, 5]. Однако, современное позиционирование задач реабилитации как комплекса мероприятий медико-социального характера подразумевает более широкий взгляд на проблему приверженности с учетом психологической направленности больных на социальное восстановление. Исходя из данной парадигмы, феномен «реабилитационная приверженность личности» необходимо концептуализировать с учетом основной цели реабилитации – социальной адаптации и социальной интеграции личности [13], достижение которой возможно лишь посредством активного участия самого пациента в социальном восстановлении.

Термин «реабилитационная приверженность личности» понимается нами как интегративное свойство личности, производное от свойственных человеку качеств и особенностей, отражающее 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).

Целью концепции является формирование методологической основы, раскрывающей феномен реабилитационной приверженности, и разработка организационно-методических (прикладных) научно обоснованных подходов, ориентирующих специалистов в оценке личностных рисков дезадаптации для эффективной реализации реабилитационного процесса личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания.

Логика разработки концепции, раскрывающей проблему реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания, предполагает формулировку основных концептуальных принципов ее построения и содержания. Данная концепция разработана с учетом следующих принципов.

1. ***Принцип структурно-функциональной организации*** феномена реабилитационной приверженности личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, отражающий структуру, компоненты и этапы его формирования посредством различных психологических,

функциональных и дисфункциональных, механизмов саморегуляции активности субъекта в диапазоне (адаптация – дезадаптация).

2. **Принцип личностного детерминизма**, раскрывающий природу возникновения интегративно-преодолевающего личностного свойства – реабилитационной приверженности как производной от присущих человеку индивидуальных особенностей и качеств, характеризующих его личностные ресурсы (т.е. личностный реабилитационный потенциал, формирующийся в ответ на «вызов» инвалидизирующей болезни на протяжении всей жизни).

3. **Принцип активности и участия личности в реабилитации**, обосновывающий ее эффективность вовлеченностью больного в социальное функционирование и здоровьесберегающую деятельность посредством регуляторной активности субъекта на всех этапах инвалидизирующего заболевания.

4. **Принцип объективизации реабилитационной приверженности личности**, обосновывающий необходимость ее квалитетической оценки и предполагающий разработку опросника оценки данного психологического феномена (включая уровень его сформированности), отвечающего требованиям надежности и валидности.

5. **Принцип формирующего воздействия**, подразумевающего разработку и апробацию технологий реабилитационных вмешательств посредством эмпирически обоснованных стратегий повышения реабилитационной приверженности личности для включения в целевые программы реабилитации пациентов ведущих инвалидизирующих патологий, для своевременной оценки и коррекции личностных рисков дезадаптации на различных этапах инвалидизирующего заболевания.

Концептуализация феномена реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания с позиции задач комплексной реабилитации, в том числе охватывающей вопросы социальной адаптации и интеграции личности, подразумевает формулировку ведущей идеи концепта. Основная идея концепции состоит в том, что реабилитационная приверженность является системным конструктом и интегративно-преодолевающим личностным свойством, которое непосредственно влияет на социальную адаптацию и интеграцию личности и формируется в соответствии с имеющимися у человека психологическими ресурсами в ответ на «вызов» инвалидизирующего заболевания. Данная идея положена в основу построения концептуальной модели (рис.1), объясняющей структурно-функциональную организацию разноуровневой многокомпонентной

структуры: медико-социальных, клинико-демографических и психологических компонентов и их вклада в развитие и формирование феномена реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания, в разрезе задачи социальной адаптации и интеграции личности в социум. Ядро модели составляет социально-психологический уровень, наглядно отражающий вклад психологических компонентов в формирование и развитие реабилитационной приверженности личности, ее реабилитационного потенциала и личностных рисков дезадаптации.

Специфика формирования психологических механизмов, детерминирующих уровень реабилитационной приверженности личности в соотношении с уровнем реабилитационного потенциала, подробно обсуждалась в другой статье [10].

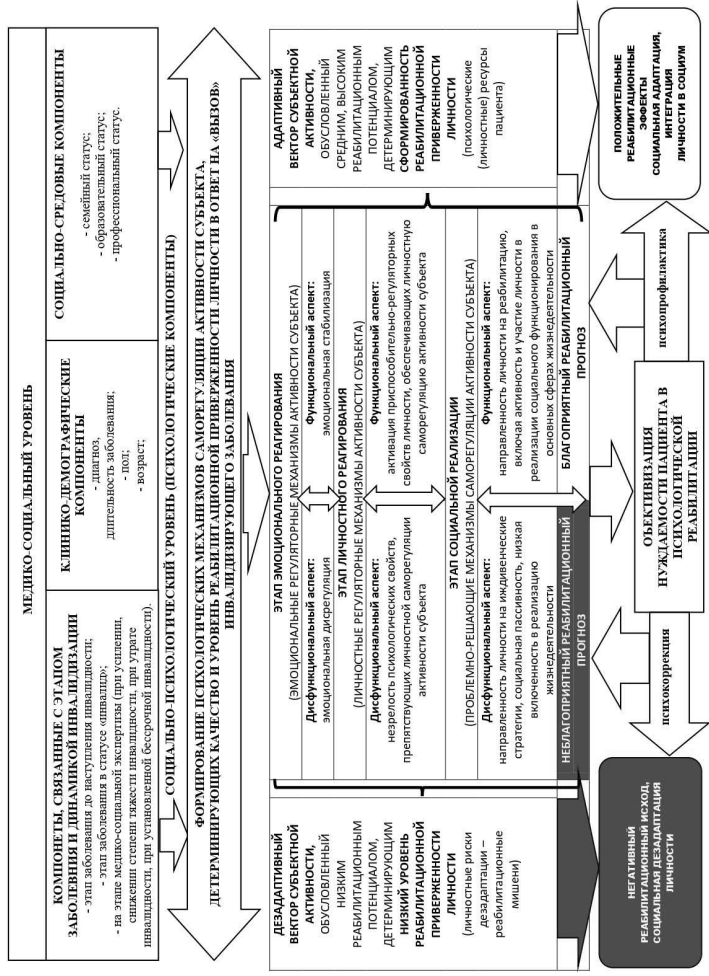


Рис. 1. Модель структурно-функциональной организации реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидирующего заболевания (уровни и взаимосвязи различных компонентов, детерминирующих сформированность реабилитационной приверженности и личностные риски дезадаптации)

В данной статье кратко обобщим основные идеи о структурно-функциональной организации психологических компонентов, отражающих формирование эмоционально-личностных механизмов, влияющих на уровень реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания.

Для концептуализации идеи системного влияния психологических характеристик на формирование интегративно-преодолевающего свойства – реабилитационной приверженности личности – рассмотрим этапную динамику и организацию структуры взаимосвязей эмоционально-личностных механизмов, детерминирующих различное качество активности субъекта с позиций ее функциональности и дисфункциональности, представленную на схеме (рис. 2).

В.П. Зинченко, характеризуя функциональность человека, определил ее следующим образом: «...функциональное состояние – это интегральная характеристика наличных свойств, качеств человека, определяющих эффективность его деятельности...» [4]. Данный подход вполне соотносится с проблемой реабилитационной приверженности личности, которая на всем протяжении инвалидизирующего заболевания должна быть направлена на реализацию социального функционирования в жизнедеятельности, включая целенаправленную активность в восстановлении различных социальных статусов личности.

Реализация больным реабилитационных задач осуществляется за счет всех уровней психики, включая ее когнитивные, эмоционально-волевые и личностно-мотивационные компоненты, регуляторные характеристики которых обеспечивают ее функциональность. Низкая регуляторная способность психологических компонентов не обеспечивает функциональную активность субъекта и, соответственно, является дисфункциональной. Различные функциональные либо дисфункциональные сочетания психологических компонентов, представленных на схеме, определяют этапность формирования регуляторной активности субъекта, посредством которой реализуется системно-уровневая адаптационная динамика (вектор субъектной активности).

Функциональные аспекты психологических компонентов составляют личностный ресурс пациента (так называемый реабилитационный потенциал), который оценивается на этапе медико-социальной экспертизы и также важен на этапе планирования реабилитационных мероприятий. В методологии медико-социальной экспертизы принята следующая градация реабилитационного потенциала: низкий, удовлетворительный (средний) и

высокий реабилитационный потенциал. Реабилитационный потенциал соотносится с уровнем реабилитационного прогноза: неблагоприятный, неопределенный, благоприятный реабилитационный прогноз [16].

Дисфункциональные аспекты определяют дезадаптивный вектор субъектной активности и личностные риски дезадаптации, приводящие к социальной дезинтеграции. Данные психологические характеристики являются реабилитационными «мишенями», оценка которых на самых ранних этапах заболевания поможет избежать рисков дезадаптации.

Психическая саморегуляция активности субъекта формируется этапно и всегда начинается с эмоционального реагирования личности (см. рис. 2, этап I), что служит отправной точкой в развитии формирования цикла регуляторной активности субъекта.

В процессе адаптации к заболеванию все пациенты в той или иной степени испытывают спектр негативных переживаний, связанных с различного рода ограничениями как функционального (психофизиологического), так и социального характера. В связи с этим на схеме этап эмоционального реагирования тесно взаимосвязан с состоянием, определяемым как «дезадаптация».

Данная ситуация особенно обостряется при отсутствии у личности психологического ресурса. В случае неспособности личности к преодолению возникшего эмоционального напряжения посредством когнитивной переработки, включения компонентов самосознания, адаптивных копингов, смыслов, планов возникает кризис. Реабилитационная приверженность личности не формируется, больной «уходит» в переживания, что задает «дезадаптивный» вектор субъектной активности ввиду отсутствия регуляторных психологических механизмов, способных обеспечить психическую стабилизацию для перехода (трансформации) к более зрелой личностной переработке ситуации. Данная конфигурация психологических характеристик, проявляющихся посредством эмоциональных механизмов реагирования, отражает низкий реабилитационный потенциал и личностные риски дезадаптации, блокируя формирование функциональной активности субъекта. При этом эмоциональное реагирование является отправной точкой, чрезвычайно важной для последующей личностной трансформации и перехода от эмоциональных механизмов приспособления к непосредственно личностным.

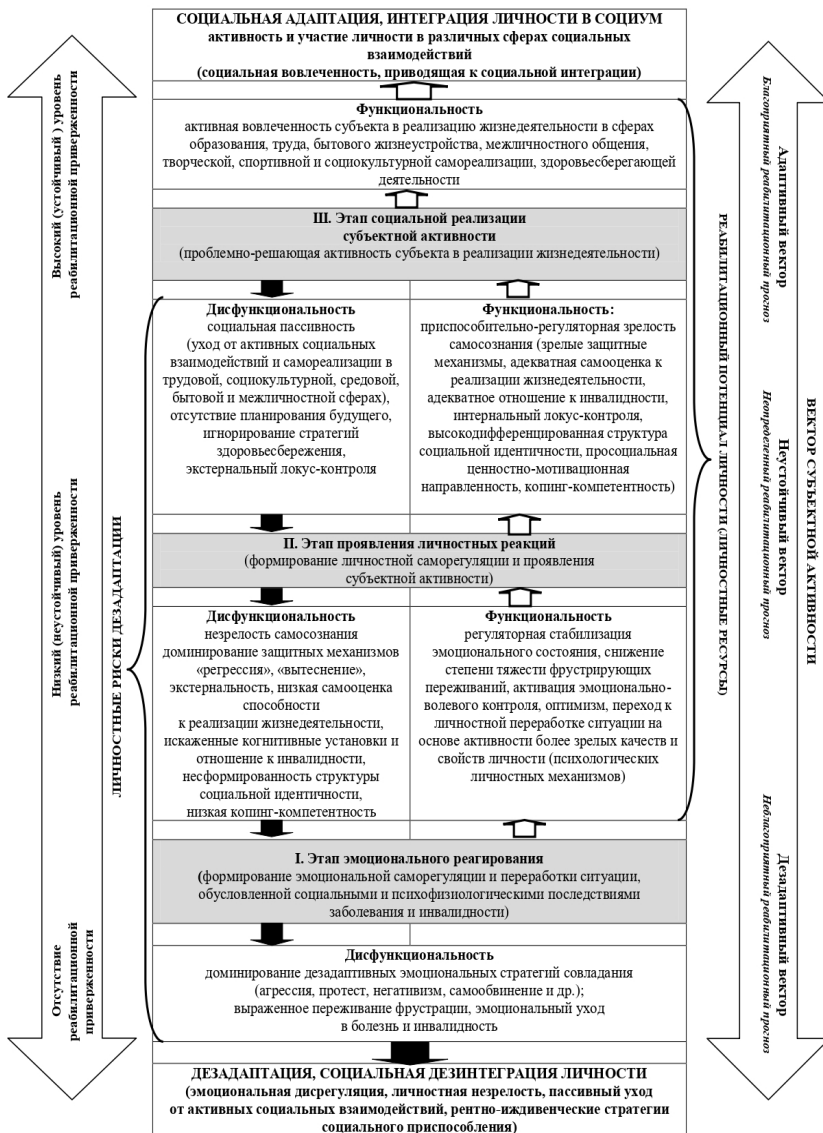


Рис. 2. Динамика формирования функциональных и дисфункциональных психологических механизмов, детерминирующих уровень реабилитационной приверженности личности в соотношении с уровнем реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза [10]

Ключевым для перехода на следующий этап является регуляторная способность психики больного самостоятельно или в ходе психологического воздействия стабилизироваться эмоционально для дальнейшего включения в реализацию реабилитационной деятельности. Именно в «стабилизации» и последующей регуляции психической деятельности заключается функция эмоционального этапа.

После неизбежного доминирования эмоциональных переживаний (при наличии личностного ресурса) активируется деятельность различных компонентов самосознания. Психика начинает функционировать за счет включения более зрелых личностных механизмов: защитных механизмов личности, когнитивного самовоздействия, идентичности, самооценки, ценностно-смысловых ориентаций, опосредующих реализацию планов на будущее, включения тех или иных совладающих стратегий в зависимости от сформированности личностной копинг-компетентности и др. (см. рис. 2, этап II). Данные личностные механизмы более устойчивы и эффективны, чем эмоциональные, из-за тесной связи с предыдущим опытом жизни человека (что и определяет их как личностный потенциал). Активация компонентов самосознания реализует «приспособительно-регуляторную» функцию этапа личностного реагирования. Качественная характеристика субъектной активности на этом этапе может соответствовать уровню реабилитационного потенциала личности от низкого до среднего (удовлетворительного) в зависимости от степени зрелости формирующих ее психологических свойств.

Далее, на этапе социальной реализации накопленного личностного потенциала, окончательно оформляется и проявляется психологическое свойство – реабилитационная приверженность как активная вовлеченность субъекта в реализацию жизнедеятельности, отражающая участие личности в социальном восстановлении (см. рис. 2, этап III). Так завершается цикл регуляторной субъектной активности в ее адаптивном варианте, выполняя «проблемно-решающую» функцию на основе имеющихся личностных ресурсов. Либо в результате эмоционально-личностной дефицитарности предыдущих этапов реализуется дисфункциональное социальное поведение в виде пассивности, ухода от активных социальных взаимодействий, иждивенческих стратегий приспособления и др.

Таким образом, реализуемая на всех этапах активность эмоционально-личностных компонентов психики, характеризующая высокий реабилитационный потенциал личности, этапно аккумулируется, выполняя свои функции и детерминируя адаптивный характер социального поведения,

соответствующий сформированной реабилитационной приверженности, в целом способствуя социальной адаптации и интеграции личности. Доминирование низкорегуляторных (дисфункциональных) эмоционально-личностных компонентов детерминирует личностные риски социальной дезадаптации и дезинтеграции личности.

Заключение

В заключении отметим, что разрабатываемая концепция о реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания обобщает методологические и прикладные аспекты, включая методологическую основу, принципы, структурно-функциональную модель и организационно-методические подходы, применимые к сфере здравоохранения, социальной защиты и медико-социальной экспертизы.

Теоретическая значимость обсуждаемой в данной статье структурно-функциональной модели заключается в систематизации медико-социальных и психологических компонентов, детерминирующих различный уровень реабилитационной приверженности личности, реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз. Особое прикладное значение структурно-функциональной модели состоит в ее прогностическом потенциале. Разработанная модель позволяет проследить динамику компонентных взаимосвязей с учетом функциональности и дисфункциональности регуляторной активности субъекта. Данный подход, с позиций оценки рисков личностной дезадаптации, позволяет в каждый конкретный момент выявлять специфику комбинаторности эмоционально-личностных характеристик, составляющих на каждом этапе определенную психологическую функциональность либо дисфункциональность, соотносящуюся с различной векторной направленностью активности субъекта (адаптивной либо дезадаптивной). Своевременно выявленные личностные риски дезадаптации позволят предотвращать социально-психологическую дезадаптацию больных, определяя реабилитационные мишени для активации реабилитационного потенциала в ходе реализации психологических мероприятий на всех этапах заболевания.

Данная структурно-функциональная модель эмпирически обоснована результатами, полученными в ходе исследования личности пациентов ведущих инвалидизирующих патологий, которое выявило существенные различия психологических особенностей у пациентов с различным уровнем сформированности реабилитационной приверженности личности, что значимо в практико-эмпирическом плане [9].

Также модель позволяет обосновать основные положения концепции реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания, не только теоретически дополняющие область медицинской психологии как научной отрасли, но и имеющие важное прикладное значение, а именно:

- методическое обоснование дополнения классификаций оценки инвалидности по критерию «личностные особенности» с указанием конкретных психологических компонентов, детерминирующих уровень реабилитационного потенциала и прогноза, что значимо для последующей реабилитации больных;

- психологические основания для объективизации нужды больных в мероприятиях психологической реабилитации, в том числе при разработке ИПРА инвалида;

- обоснование актуальности разработки опросника, измеряющего уровень и структуру реабилитационной приверженности больных в условиях инвалидизирующего заболевания, отвечающего требованиям надежности и валидности, для своевременного выявления личностных рисков дезадаптации [7];

- разработка научно обоснованных реабилитационных подходов и применение целевых реабилитационных стратегий к больным на различных этапах инвалидизирующего заболевания, с учетом различных целей и задач каждого этапа.

Литература

1. Дымочка М.А. Справочник по применению классификаций и критериев при проведении медико-социальной экспертизы с учетом международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья: методическое пособие. – М., 2012. – 346 с.

2. Дымочка М.А., Красновская Е.С., Веригина Н.Б. Показатели инвалидности у взрослого населения Российской Федерации за период 2017–2019 гг. (информационно-аналитический материал) // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2020. – № 2. – С. 7–26.

3. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность // Заместитель главного врача. – 2009. – № 11. – С. 18–25.

4. Зинченко В.П., Мунипов В.М. Основы эргономики. Учебное пособие для университетов по специальности «Психология». – М.: Изд-во Московского университета, 1979. – 344 с.

5. 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.

6. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия). Под ред. Г.Д. Шостка, М.В. Коробова, А.В. Шаброва. – СПб.: СПбИУВЭК, 2003. – 342 с.

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

8. Морозова Е.В., Жукова Е.В. Понятие «Реабилитационный потенциал» в нормативно-правовых документах и научно-методической литературе // Медико-социальные проблемы инвалидности. – М.: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2020. – № 3. – С. 59–64.

9. Морозова Е.В., Бонкало Т.И., Бонкало С.В., Шмелева С.В. Особенности реабилитационной активности больных ведущих инвалидизирующих патологий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 52. – С. 1101–1107.

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. 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] <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.09.2021).

12. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ. [Электронный источник] <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.09.2021).

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] <http://www.consultant.ru>. (дата обращения: 15.09.2021).

14. Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы и их форм. Приказ Министерства труда и социальной защиты российской федерации от 13.06.2017 № 486н. [Электронный источник] <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.09.2021).

15. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2025 гг. (Подпрограмма 2. «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов»). Постановление Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 № 363. [Электронный источник] <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 15.09.2021).

16. Осадчих А.И., Пузин С.Н., Лаврова Д.И. [и др.] Основы медико-социальной экспертизы. – М.: Медицина, 2005. – С. 277–353.

Поступила 10.11.2021

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Морозова Е.В., Алексанин С.С. Концептуальный подход к разработке проблемы реабилитационной приверженности личности в условиях инвалидизирующего заболевания // Вестник психотерапии. 2021. № 80 (85). С. 128–144.

**CONCEPTUAL APPROACH TO THE DEVELOPMENT OF THE PROBLEM
OF REHABILITATION COMMITMENT OF THE INDIVIDUAL IN THE CONDITIONS
OF A DISABLING DISEASE**

Morozova E.V.¹, Aleksanin S.S.²

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

² Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia (Akademica 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 FSBI FB MSE Ministry of Labor of Russia (Ivan Susanin str., 3, Moscow, 127486, Russia), e-mail: elvamorozova@yandex.ru;

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

Abstract. This article considers a conceptual approach to the development of the problem of rehabilitation commitment of the individual, including the justification of its relevance, methodological foundations for the construction of the concept, with the introduction of principles, structural and functional model. This model systematically generalizes the multicomponent structure, functions, properties and mechanisms of formation of rehabilitation commitment of the individual. The model has a predictive and diagnostic property that is of practical importance for the purposes of medical and social expertise and the effective implementation of the rehabilitation process of patients and the disabled during which it is necessary to take into account the specifics of personal mechanisms affecting the formation of the patient's rehabilitation commitment, timely identify personal risks of maladaptation for their subsequent correction.

Keywords: rehabilitation commitment, psychological rehabilitation, social functioning, complex rehabilitation, personal risks of maladaptation.

References

1. Dymochka M.A. Spravochnik po primeniyu klassifikacij i kriteriev pri provedenii mediko-socialnoj ekspertizy s uchetom mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya ogranichenij zhiznedeyatelnosti i zdorovya [Handbook on the application of classifications and criteria in medical and social examination, taking into account the international classification of the functioning of restrictions on life and health]. Moskva. 2012. 346 p. (In Russ.)
2. Dymochka M.A., Krasnovskaya E.S., Verigina N.B. Pokazateli invalidnosti u vzroslogo naseleniya Rossijskoj Federacii za period 2017–2019 gg. (informacionno-analiticheskij material) [Disability indicators in the adult population of the Russian Federation for the period 2017–2019 (information and analytical material)]. *Mediko-socialnye problemy invalidnosti* [Medical and social problems of disability]. 2020. N 2. Pp. 7–26. (In Russ.)
3. Elfimova E.V., Elfimov M.A. Lichnost i bolezni: «vnutrennyaya kartina bolezni», kachestvo zhizni i priverzhennost [Personality and illness: «internal picture of the disease», quality of life and commitment]. *Zamestitel glavnogo vracha* [Deputy Chief Physician]. 2009. N 11. Pp. 18–25. (In Russ.)
4. Zinchenko V.P., Munipov V.M. Osnovy ergonomiki. Uchebnoe posobie dlya universitetov po specialnosti «Psikhologiya» [Fundamentals of ergonomics. A textbook for universities specializing in psychology]. Moskva. 1979. 344 p. (In Russ.)
5. 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 Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences]. 2015. Vol. 17, N 5 (3). Pp. 1014–1020. (In Russ.)
6. Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatelnosti i zdorovya [International classification of functioning, limitations of life and health]. Ed. : G.D. Shostka, M.V. Korobova, A.V. Shabrova. Sankt-Peterburg. 2003. 342 p. (In Russ.)
7. 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.)
8. Morozova E.V., Zhukova E.V. Ponyatie «Reabilitacionnyj potencial» v normativno-pravovyh dokumentah i nauchno-metodicheskoj literature [The concept of «Rehabilitation potential» in regulatory documents and scientific and methodological literature]. *Mediko-socialnye problemy invalidnosti* [Medical and social problems of disability]. 2020. N 3. Pp. 59–64. (In Russ.)
9. Morozova E.V., Bonkalo T.I., Bonkalo S.V., Shmeleva S.V. Osobennosti reabilitacionnoj aktivnosti bolnyh vedushhij invalidiziruyushhij patologij [Features of rehabilitation activity of patients with leading disabling pathologies]. *Problemy socialnoj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny* [Problems of social hygiene, health care and the history of medicine]. 2020. N 52. Pp. 1101–1107. (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 commit-

ment to the rehabilitation process]. *Mediko-socialnye problemy invalidnosti* [Medical and social problems of disability]. 2021. N 3. Pp. 66–74. (In Russ.)

11. 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. 08.12.2020) <http://www.consultant.ru> (In Russ.)

12. Ob osnovah ohrany zdorovya grazhdan v Rossijskoj Federacii [On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation]. Federalnyj zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ. <http://www.consultant.ru> (In Russ.)

13. 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. 08.12.2020). <http://www.consultant.ru> (15.09.2021). (In Russ.)

14. Ob utverzhenii poryadka razrabotki i realizacii individualnoj programmy reabilitacii ili abilitacii invalida, individualnoj programmy reabilitacii i abilitacii rebenka-invalida, vydavaemyh federalnymi gosudarstvennymi uchrezhdeniyami mediko-socialnoj ekspertizy i ih form [On approval of the procedure for the development and implementation of an individual rehabilitation or habilitation program for a disabled person, an individual rehabilitation and habilitation program for a disabled child issued by federal state institutions of medical and social expertise and their forms]. Prikaz Ministerstva truda i socialnoj zashhity rossijskoj federacii ot 13.06.2017 № 486n. <http://www.consultant.ru> (In Russ.)

15. Ob utverzhenii gosudarstvennoj programmy Rossijskoj Federacii «Dostupnaya sreda» na 2011–2025 gg. (Podprogramma 2. «Sovershenstvovanie sistemy kompleksnoj reabilitacii i abilitacii invalidov») [On approval of the state program of the Russian Federation «Accessible Environment» for 2011–2025 (Subprogramme 2. «Improvement of the system of comprehensive rehabilitation and habilitation of persons with disabilities»)]. Postanovlenie Pravitelstva Rossijskoj Federacii ot 29.03.2019 № 363. <http://www.consultant.ru> (In Russ.)

16. Osadchih A.I., Puzin S.N., Lavrova D.I. [et al.] *Osnovy mediko-socialnoj ekspertizy* [Fundamentals of medical and social expertise]. Moskva. 2005. Pp. 277–353. (In Russ.)

Received 10.11.2021

For citing. Morozova E.V., Aleksanin S.S. Konceptualnyj podhod k razrabotke problemy reabilitacionnoj priverzhennosti lichnosti v usloviyah invalidiziruyushhego zabolevaniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2021. N 80. Pp. 128–144. (In Russ.)

Morozova E.V., Aleksanin S.S. Conceptual approach to the development of the problem of rehabilitation commitment of the individual in the conditions of a disabling disease. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. N 80. Pp. 128–144.