



оригинальная статья

Факторы, влияющие на жизнеспособность людей с инвалидностью, перенесших COVID-19

Татьяна Владимировна Рогачева

Областной центр реабилитации инвалидов, Россия, г. Екатеринбург; <https://orcid.org/0000-0002-1259-7567>; TVRog@yandex.ru

Поступила в редакцию 06.07.2021. Принята после рецензирования 06.09.2021. Принята в печать 06.09.2021.

Аннотация: Рассмотрены результаты исследования клиентов, имеющих статус *инвалид*, перенесших COVID-19 и прошедших комплексную реабилитацию в социальном учреждении. На материалах зарубежных источников показаны последствия COVID-19, влияющие на жизнеспособность людей. Отмечено, что далеко не все перенесшие COVID-19 страдают нарушениями в области психического и психологического здоровья. Поэтому цель статьи – анализ основных факторов, влияющих на жизнеспособность клиентов, проходящих реабилитацию в комплексном реабилитационном центре. Для реализации цели проведен обзор научных разработок понятия *жизнеспособность*, дано собственное определение данной категории. Используемый подход базируется на западных подходах к понятию *жизнеспособность* и соответствует нормативным документам, в частности Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. В результате проведенного исследования выделены позитивные и негативные факторы, влияющие на жизнеспособность клиентов после COVID-19. К позитивным факторам относятся гармоническое отношение к болезни, анозогнозическое отношение к болезни, демонстрирующее стремление не рассматривать себя больным, инвалидом, несмотря на объективные обстоятельства. Условием рассмотрения анозогнозии как позитивного фактора выступает небольшой срок сопутствующего заболевания и трудоспособный возраст, а также высокий реабилитационный потенциал, оптимистическая активная позиция по отношению к себе, позитивная поддержка семьи. Среди негативных факторов выделены анозогнозическое отношение к болезни у клиентов пенсионного возраста с большим стажем сопутствующего COVID-19 заболевания, диффузный и смешанный типы отношения к болезни, состоящие из несогласованных составляющих, что снижает социальную адаптацию клиентов, пессимизм, неверие в успех реабилитации, низкий реабилитационный потенциал. Приведенные факторы позволят специалистам разной направленности результативно осуществлять реабилитацию таких клиентов.

Ключевые слова: отношение к болезни, реабилитационный процесс, результативность, контекстовые факторы, тип отношения к болезни

Цитирование: Рогачева Т. В. Факторы, влияющие на жизнеспособность людей с инвалидностью, перенесших COVID-19 // Вестник Кемеровского государственного университета. 2021. Т. 23. № 3. С. 717–728. <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2021-23-3-717-728>

Введение

После объявления COVID-19 всемирной пандемией и принятием достаточно жестких ограничительных мер социальные учреждения, занимающиеся вопросами реабилитации лиц, имеющих статус *инвалид*, вынуждены были решать достаточно сложные задачи, в том числе по реабилитации людей с инвалидностью. У этих людей до заболевания COVID-19 структуры и функции организма уже были нарушены различными заболеваниями, последствиями травм или дефектами, что привело к ограничениям их жизнедеятельности.

В международных исследованиях указывается, что «пациенты, перенесшие COVID-19, могут подвергаться более высокому риску отдаленных неврологических и невропсихиатрических последствий» [1, с. 169]. «Воздействия на ЦНС, связанные с данным вирусом, аноксические / ишемические, геморрагические или энцефалитические

по своему происхождению, вместе с повреждением других органов (в частности легких, почек и сердца) у пациентов с COVID-19 приводят к осложнениям после выписки из больницы, особенно у людей с сопутствующими заболеваниями» [1, с. 169]. Китайские коллеги из Уханя исследовали 4328 госпитализированных пациентов с COVID-19, рассматривая возраст, пол, образование, уровень дохода, сопутствующие хронические заболевания и результаты повторного положительного теста на SARS-CoV-2, и пришли к выводу, что «среди выживших после COVID-19 в Ухане проблемы психического здоровья встречаются значительно чаще, чем среди населения провинции Хубэй в целом»¹ [2, р. 140].

Французские авторы на выборке 3559 пациентов провели метаанализ, основанный на совокупных данных взрослых об эпидемиях тяжелого острого респираторного синдрома (SARS), ближневосточного респираторного синдрома

¹ Здесь и далее по тексту перевод выполнен автором.

(MERS) и COVID-19. Результаты показали, что «в одной трети случаев были выявлены ухудшения памяти и в 19 % случаев в период после болезни, причем последнее было характерно и для молодых взрослых» [3, р. 52]. Кроме того, авторы высказывают опасение, что «инфицирование COVID-19 может приводить к долгосрочному снижению когнитивных способностей за счет ускорения наступления нейродегенеративной деменции» [3, р. 53]. Английские психиатры даже опасаются, что «пандемия COVID-19 дала людям массу возможностей столкнуться с травматическими ситуациями, способными вызвать посттравматическое стрессовое расстройство» [4, р. 54].

Отечественные исследования последствий COVID-19 также отмечают проблемы психического здоровья у переболевших. Как следует из Национального индекса тревожностей, подготовленного Компанией развития общественных связей, уровень тревожности в целом вырос на 22 %. «Согласно данным рейтинга, в 2020 году в десятку самых "встревоженных" субъектов, жители которых наиболее остро реагировали на события и гипер-трофировали их последствия, попали Москва, Санкт-Петербург, Приморский, Красноярский и Краснодарские края, а также Новосибирская, Свердловская области»². По данным Т. А. Нестика, «в июне 2020 г. у каждого третьего опрошенного россиянина (36 %) отмечаются симптомы клинической депрессии, а у каждого четвертого (24 %) – симптомы клинического тревожного расстройства. Исследования в других странах показывают, что уровень стресса, тревоги и депрессии вырос в 3–4 раза по сравнению с доковидным временем» [5, с. 809].

В то же время исследователи отмечают, что далеко не все перенесшие COVID-19 пациенты страдают нарушениями психического и психологического здоровья. Так, в исследовании последствий COVID, проведенных в Германии и посвященных измерению жизнестойкости как «способности сохранять психическое здоровье, несмотря на трудные жизненные ситуации» [6, р. 140], было выделено 3 группы с различными траекториями психического здоровья. Первая группа состояла в основном из женщин (средний возраст 28,0±5,9 лет), во вторую группу вошли люди постарше (средний возраст 31,7±8,5 года), в третью – люди, уже страдающие нарушениями психического здоровья. В результате после первых восьми недель ежедневных оценок, сопоставленных с измерениями до локдауна, оказалось, если в первых двух группах «меры изоляции привели к снижению повседневных факторов, вызывающих стресс», то в третьей группе «психическое здоровье ухудшилось» [6, р. 141]. Авторы делают вывод, что «локдаун сам по себе не оказывает негативное влияние на психическое здоровье, скорее это затрагивает уязвимую группу людей, в то время как подавляющее большинство людей остаются психически здоровыми или даже улучшают

свое психическое благополучие, поскольку повседневные стрессоры уменьшаются» [6, р. 141].

Таким образом, ситуация пандемии выступает вызовом как для человека с инвалидностью, так и для специалистов, оказывающих социальные услуги таким клиентам. Поэтому перед специалистами встает вопрос о выявлении факторов, оказывающих как позитивное, так и негативное влияние на жизнеспособность людей, перенесших COVID, и на результативность реабилитационного процесса. Следовательно, целью данной статьи выступает анализ основных факторов, влияющих на жизнеспособность клиентов, проходящих реабилитацию в комплексном реабилитационном центре.

Теоретические основания решения проблемы

Проблема жизнеспособности обсуждается в научном дискурсе достаточно давно. В отечественной психологии можно выделить 3 основных подхода к решению этой проблемы. Первый подход рассматривает жизнеспособность через перечисление различных личностных свойств и качеств и характерен для психолого-педагогического взгляда на жизнеспособность. Например, для М. П. Гурьяновой жизнеспособность есть «стремление человека выжить, не деградируя, в ухудшающихся условиях социальной и культурной среды» [7, с. 12]. Данное стремление определяется через наличие у личности определенных свойств и качеств, которые и ориентируют «на деятельное отношение человека к собственному существованию, когда он выступает как субъект деятельности, самоопределения и саморазвития, инициативный носитель и проводник духовно-нравственных ценностей» [8, с. 44]. К таким свойствам относятся нравственно-волевые качества (любовь, совесть, сочувствие, обязательность, справедливость, честность, воля, выдержка, мужество, терпение, энергичность, самообладание, настойчивость, саморегуляция); идейно-общественные качества (приверженность к определенным идеалам, социальная активность, активная жизненная позиция, принципиальность, сознательность, духовность, инициативность, гражданственность, ответственность, отношение к себе и другим – требовательность, уважение, любовь, человечность, чуткость, великодушие, верность слову, общительность, толерантность, доверие); положительное отношение к труду и к собственности (трудолюбие, бережливость, инициатива, предприимчивость) [8, с. 49].

Н. Т. Селезнёва и др., вслед за М. П. Гурьяновой, определяют жизнеспособность как «интегративное динамическое качество личности, представленное совокупностью ценностных ориентаций, стремлением к саморазвитию и мотивации достижений, способностей и базовых знаний, позволяющих успешно функционировать и гармонично развиваться в изменяющемся социуме» [9, с. 17].

² Прах А. Коронавирус нагнал страху // Коммерсантъ. 29.12.2020. № 240. С. 5.

К сожалению, в первом подходе к проблеме жизнеспособности личности отсутствуют критерии для операционализации данного понятия, а такое детальное перечисление качеств, свойств, способностей и динамических характеристик личности вызывает воспоминание о профессиональных грамах, популярных в 1970–1980-е гг.

Представители второго подхода рассматривают жизнеспособность как своеобразный ресурс личности. Например, Е. А. Рыльская [10; 11] анализирует жизнеспособность как выживаемость (способность, проявляющаяся в жизнеопасной ситуации), как способность противостоять обыденности и обломовщине, как адаптивность, т. е. гибкость, умение приспособиться к новым условиям. Определяя жизнеспособность, Е. А. Рыльская пишет: «Жизнеспособность человека является синергетическим единством способностей адаптации, способностей саморегуляции, способностей саморазвития и осмысленности жизни, что в структурном аспекте проявляется через особенность ее интегрирования как единого целого» [10, с. 8]. Можно предположить, что жизнеспособность для автора – это некая целостность, правда, непонятно, каковы психологические механизмы, скрепляющие разнообразные качества, потенциалы и способности личности.

А. А. Нестерова, исследуя жизнеспособность человека в сложных условиях экономической и социальной нестабильности, определяет данное понятие через понятие *способность*, рассматривая его как «способность к успешной адаптации, конструктивному функционированию, несмотря на ситуацию высокого риска, хронический стресс или состояние после длительной и серьезной травмы» [12, с. 11]. Можно предположить, что такая способность есть определенный ресурс, под которым автор понимает устойчивую диспозицию личности, включающую в себя следующие компоненты: «1) способность к активности и инициативе; 2) способность к самомотивации и достижениям; 3) эмоциональный контроль и саморегуляцию; 4) позитивные когнитивные установки и гибкость мышления; 5) самоуважение; 6) социальную компетентность; 7) адаптивные защитно-сознающие стратегии поведения; 8) способность организовывать свое время и планировать будущее» [13, с. 15]. А. А. Нестерова определяет жизнеспособность как «способность субъекта осознавать и использовать свои внутренние и внешние ресурсы, содействующие эффективному сопротивлению бедствиям и депривизирующим факторам теми стратегиями, которые детерминируют благополучие, социальное здоровье, личностный рост и навыки в будущем еще более конструктивно преодолевать трудные жизненные ситуации» [12, с. 47]. Следовательно, жизнеспособность можно рассматривать как ресурсные способности личности, позволяющие определять соотношение между наличием угроз и имеющимися у личности защитными факторами.

Такая дефиниция категории *жизнеспособность* через другую неоперационализированную категорию *способность* противоречат правилу логики «Запрет круга» («Круг

возникает в дефиниции, когда определяемое и определяющее понятия выражается одно через другое» [14, с. 50]).

Третий подход к решению вопроса о содержании понятия *жизнеспособность* опирается на теоретическую позицию Б. Г. Ананьева, который указывал на перспективы изучения человека через диалектическое взаимодействие дифференциации и смежности как «преобразования прикладных функций одной науки по отношению к другой» [15, с. 5], имея в виду медицину и психологию, подчеркивая, что «все большее внимание наряду с познанием природы болезней уделяется здоровью и комплексу факторов, повышающих жизнеспособность и жизнестойкость человека» [15, с. 10]. Благодаря позиции Б. Г. Ананьева, анализ жизнеспособности в контексте психического здоровья, а иногда и как само психическое здоровье, утвердился в отечественной психологии. Данный автор не дал четкого определения понятия *жизнеспособность*, однако указал на механизм формирования жизнеспособности через четкие составные структурные элементы индивидуальности. Индивид, с позиции Б. Г. Ананьева, – это совокупность 3 групп первичных природных свойств: конституциональных, нейродинамических и билатеральных [15, с. 65]. Индивидуальность как основной фактор формирования жизнеспособности предполагает, что человек в своей структуре должен обладать собственным внутренним миром, самосознанием и саморегуляцией поведения, которые складываются и действуют как организаторы поведения личности. Более того, именно индивидуальность обуславливает единое направление развития человека как индивида, личности и субъекта деятельности.

В. И. Слободчиков и Е. И. Исаев поддерживают позицию Б. Г. Ананьева: «психическое здоровье человека интерпретируется как собственная жизнеспособность человека, жизненная сила, обеспеченная полноценным развитием и функционированием психического аппарата. Жизнеспособность или умение выживать, приспосабливаться и развиваться в изменяющихся, не всегда благоприятных условиях, является предпосылкой психологического здоровья» [16, с. 70]. Нельзя не согласиться с С. Н. Васильевой, которая указывает, что отечественные «исследователи больше склонны использовать описательные характеристики феномена жизнеспособности, построенные на формальном логическом подходе, вне поля методологии» [17, с. 17].

Более продуктивен, с нашей точки зрения, подход в западной психологии. Так, еще в работах К. Ясперса поднимается вопрос жизнеспособности человека через проблему взаимоотношений среды и человека как первоначального измерения человеческого бытия. Будучи больным человеком, постоянно размышляя о месте и роли современного человека в мире, К. Ясперс писал: «Удивительно, какую любовь к здоровью развивает состояние болезни» [18, S. 26]. Размышляя над проблемой жизнеспособности, данный автор подчеркивает: «То, как человек преодолевает себя, составляет способ его проникновения в себя» [19, с. 378], указывая две возможности этого преодоления.

Первая – самопознание через опыт как «свое существование», вторая «находит себя в напряжении пограничных ситуаций, ... где человек слышит призыв к своей свободе, исходя из которой он лишь посредством себя становится тем, чем он может быть, но еще не есть» [19, с. 378]. Первая возможность ориентирована на отчуждение от других людей и одиночество. Вторая возможность преодоления «уклонения от ситуации» [19, с. 377] связана с отношением человека к миру, т. к. действительность существования мира нельзя игнорировать. Главное на этом пути – «ощутить суровость действительности», потому что «основная ситуация, в которой находит себя человек, есть одновременно и основной признак его существа» [19, с. 443].

Представитель когнитивного подхода Е. фон Глазерсфельд, интерпретируя взгляды Ж. Пиаже, понятие *жизнеспособности* применяет для подчеркивания роли индивида как исследователя самого себя и своей среды, другими словами, «наблюдая мир, наблюдатель создает самого себя. Наблюдение создает самого наблюдателя... Конструируя мир, человек конструирует самого себя. А конструируя самого себя, создавая конструкты в своем сознании, человек конструирует мир. Причем паттерны этого обоюдного конструирования, структуры внешнего и внутреннего, объективного и субъективного сопряжены, конгруэнтны» [20, р. 28].

П. Тиллих, анализируя позиции представителей европейской философии, указывает, что «начиная с Платона и Аристотеля понятие способности (*potentia*), или силы (власти, мощи), ... описывает подлинную природу бытия» [21, с. 24]. Определяя способность к жизни, П. Тиллих пишет, что это «жизненный процесс, которому свойственно равновесие между страхом и мужеством, что на языке биологии называется витальностью» [21, с. 59]. «Витальность, жизненная сила находится во взаимосвязи с тем видом жизни, которому она дает силу. Так, силу человеческой жизни невозможно отделить от того, что средневековые философы называли "интенциональностью", – отношением к смыслам. Витальность человека сильна настолько, насколько сильна его интенциональность; и наоборот: они взаимозависимы. Это делает человека наиболее витальным из всех живых существ» [21, с. 60]. «В каждой встрече человека с реальностью присутствуют структуры его Я и мира в их взаимозависимости» [21, с. 61]. «Мужество быть частью, <...> буквально "соучаствовать" – значит принимать в чем-то участие. Это выражение может выступать в 3 значениях. Одно значение – "действовать совместно с другими". Другое – "обладать сообщью". Третье значение – "быть частью". <...> Может показаться, что не мужество, а слабость побуждает нас утверждать себя в качестве части. Однако бытие в качестве части свидетельствует о том, что самоутверждение обязательно включает утверждение себя как "участника" и что небытие угрожает этой стороне нашего

самоутверждения в той же мере, в какой оно угрожает и другой стороне, а именно утверждению Я в качестве индивидуального Я» [21, с. 64–65].

Проблемой жизнеспособности интересовались и западные психотерапевты. Дж. Бьюдженталь писал, что «постоянно колеблющееся равновесие между жизнью и смертью внутри нас – главный барометр, определяющий ход нашей жизни... У нас слишком ограниченный и частичный взгляд на свою природу, и мы не знаем, как достичь жизни, которая является нашим естественным состоянием» [22, с. 21]. Отсюда поставленная этим психотерапевтом проблема – как быть жизнеспособным, т. е. чувствовать себя живым, потому что «каждый из нас – духовный инвалид, искалеченный, поврежденный в своей жизненности человек» [22, с. 22]. Дж. Бьюдженталь отвечает следующим образом: если человек открыт всему многообразию мира, когда он принимает ответственность за свою жизнь, когда он не подавляет свои чувства, то он чувствует себя живым. Другими словами, «я в наибольшей степени чувствую себя живым, когда открыт всему многообразию как моей внутренней жизни – желаниям, эмоциям, потоку мысли, телесным ощущениям, рассудку, ценностям», с одной стороны, и с другой – «когда мои решения находятся в гармонии с моим субъективным чувством» [22, с. 120–121]. Дж. Бьюдженталь также пишет о негативной роли внешней среды, когда «приказы и оклики нашего общества – учителей, родителей, рекламы, советчиков и друзей... предостерегают нас против обращения к своему внутреннему знанию, постоянно вмешиваясь со своими инструкциями о том, как нам быть» [22, с. 123].

Таким образом, если отечественная психология пытается решить вопрос о жизнеспособности, разрабатывая различные схемы и структуры, то западная научная мысль следует путем определения данной категории. С нашей точки зрения, ни одно определение отечественной психологии не преобразовывает теоретическое суждение с целью его эмпирической проверки. Научный дискурс западной психологии прямо связан с нормативными документами, определяющими «показатели здоровья, результаты вмешательства и определяющих их факторов»³, главным из которых является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF)). Данный документ базируется на биопсихосоциальной модели здоровья-болезни, отходя от классификации последствий нарушений функционирования и на первые позиции ставя составляющие здоровья. Если последствия заболевания ориентируют специалиста на изменения здоровья, которые могут возникнуть у индивида, то составляющие здоровья ориентируют на ресурсы личности.

Придерживаясь западных подходов к определению жизнеспособности, под данным понятием мы будем понимать

³ Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; СПб.: Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2001. С. 3.

возможность адекватно конструировать собственную модель жизни в соответствии с индивидуально-личностными особенностями и теми факторами окружающей среды, которые выступают как поддержкой, так и барьерами для личности при воплощении этой модели в жизнь.

Материалы и методы

Исследование проводилось с сентября 2020 г. по февраль 2021 г. на базе Областного центра реабилитации инвалидов (г. Екатеринбург). Выборка формировалась стихийным образом, в выборку вошли 100 женщин и 100 мужчин разного возраста, имеющих статус *инвалид*, перенесших COVID-19, проходивших реабилитацию на стационарной форме обслуживания в течение 14 дней. В качестве психодиагностических методик использовались наблюдение, клиническая беседа, ТООБЛ [23], методика «Реабилитационный потенциал» И. Ю. Кулагиной, Л. В. Сенкевич [24], Цветовой тест отношений (ЦТО) [25]. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета SPSS.

Результаты

Выборка по нозологическим формам в целом соответствует генеральной совокупности получателей социальных услуг – инвалидов в центре реабилитации. На первом месте – болезни нервной системы, в основном цереброваскулярные болезни, в т. ч. последствия острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта), церебральный паралич, на втором – болезни костно-мышечной системы (артрозы, ревматоидные артриты и др.), на третьем – болезни системы кровообращения (ишемическая болезнь сердца, «легочное сердце» и нарушения легочного кровообращения, наличие сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов, чаще сочетающееся с повышенным кровяным давлением). По группам инвалидности выборка контрольной группы в целом соответствует генеральной совокупности. Инвалиды I группы составили 10 % (11 % в генеральной совокупности), II группы – 34 % (34 %), III группы – 56 % (55 %).

В выборку вошли клиенты, имеющие статус *инвалид*, как трудоспособного, так и пенсионного возраста. Причем клиентов трудоспособного возраста было больше, чем пенсионеров (табл. 1), тогда как в генеральной совокупности клиентов пенсионного возраста больше. Среди

клиентов с I группой инвалидности не было пенсионеров, большинство из этой подгруппы составили мужчины. В процентном соотношении в выборке большинство составили клиенты, имеющие III группу инвалидности (53 % мужчин и 60 % женщин).

Для оценки переменных, влияющих на жизнеспособность клиентов, был проведен факторный анализ, в котором было задано 2 фактора, представленных в матрице факторной структуры переменных (табл. 2). Эти факторы представляют контекст в трактовке МКФ как совокупность обстоятельств жизни индивида. Контекст включает факторы окружающей среды, которые «создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, в которой люди живут и проводят свое время»⁴, и личностные факторы, т. е. данные о личности индивида и «о людях, которые обеспечивают практическую физическую или эмоциональную поддержку, заботу, защиту и помощь во взаимоотношениях с другими людьми»⁵.

Первый фактор можно назвать индивидуально-личностными особенностями, т. к. сюда вошли следующие значимые переменные: пол, группа инвалидности, статус, давность заболевания, клинический диагноз, отношение к болезни, реабилитационный потенциал и некоторые показатели, полученные с помощью ЦТО (болезнь до реабилитации, болезнь после реабилитации, Я после реабилитации, эмоциональное состояние после реабилитации). Таким образом, в первом факторе объединены как объективные, так и субъективные переменные, влияющие на жизнеспособность клиента.

На первом месте среди объективных переменных находятся статус и пол клиентов. У клиентов пенсионного возраста срок давности заболеваний значительно больше, чем у клиентов трудоспособного возраста. Однако как таковой срок заболевания мало что дает для анализа возможности клиента адекватно выстроить свою модель жизни с ориентацией на статус *инвалид*. В МКФ так описана данная ситуация: «у двух инвалидов с совершенно одинаковыми заболеваниями могут быть разные уровни функционирования, и два инвалида с равным уровнем функционирования не обязательно имеют одинаковое изменение здоровья»⁶. Поэтому важными показателями жизнеспособности выступают вошедшие в первый фактор переменные *отношение к болезни, болезнь до реабилитации, болезнь после*

Табл. 1. Распределение клиентов в соответствии с возрастом и группой инвалидности, в % по полу

Tab. 1. Age and disability category, % by gender

Возраст	Мужчины				Женщины			
	I гр.	II гр.	III гр.	Всего	I гр.	II гр.	III гр.	Всего
Трудоспособный	15	21	23	59	4	19	29	52
Пенсионный	–	11	30	41	–	17	31	48

⁴ Там же. С. 199.

⁵ Там же. С. 218.

⁶ Там же. С. 3.

реабилитации и результативность. Под результативностью реабилитационного процесса понимается соответствие процесса реализации запланированной реабилитационной деятельности (цели реабилитации) достижению запланированных результатов. В первую очередь, результативность измеряется относительно конкретного инвалида как оценка индивидуальных потребностей и ресурсов человека с ограниченными возможностями здоровья.

Переменная *отношение к болезни* разделила выборку на 2 группы по показателю *результативность реабилитационного процесса*, что позволяет выявить факторы, способствующие адекватному выходу из COVID-19 без последствий для здоровья, несмотря на наличие других заболеваний, и факторы, выступающие барьером и запускающие негативные последствия перенесенной инфекции, т. е. низкий уровень жизнеспособности.

Первое – отсутствие среди клиентов-мужчин без изменения своего состояния после реабилитации гармонического отношения к болезни и минимальное число таких женщин. В то же время процент клиентов с результативностью, т. е. с улучшением состояния после реабилитации, имеющих гармоническое, адекватное отношение к болезни, достаточно высокий (табл. 3) и занимает 1 место. Среди клиентов-мужчин с гармоническим отношением к болезни большую часть составили инвалиды II группы трудоспособного возраста, тогда как среди женщин – в основном пенсионеры с III группой инвалидности. Среди клиентов трудоспособного возраста преобладают последствия инсультов и инфарктов, у людей пенсионного возраста

чаще встречаются артрозы, ревматоидный артрит в стадии ремиссии, сахарный диабет II типа и пр.

На втором месте в подгруппе мужчин с улучшением состояния после реабилитации – анозогнозическое отношение, т. е. эти мужчины не признают себя больными, инвалидами, чаще это мужчины трудоспособного возраста с III группой инвалидности.

Анозогнозическое отношение к болезни в научной литературе зачастую трактуется как «нежелание или неспособность распознавать расстройство или болезнь и соответственно вести себя»⁷, однако, как утверждает Е. Гетцке, «анозогнозия может быть необходимой для поддержания психологического здоровья в моменты стресса» [26, р. 19]. Разработчиками методики ТОБОЛ данное отношение к болезни также отнесено к адаптивному типу, при котором «психологическая и социальная адаптация существенно не нарушается» [23, с. 17]. Авторы указывают, что при анозогнозии определенные группы пациентов «в своем поведении в существенной степени руководствуются стремлением к сохранению целостной структуры и к активному социальному функционированию» [23, с. 14]. Анализ вопросов методики ТОБОЛ, ориентированных на анозогнозический тип отношения к болезни, позволяет составить краткое описание актуального состояния таких клиентов. Они считают себя бодрыми и полными сил, здоровыми, с хорошим настроением и не нуждающимися в дальнейшем лечении. Болезнь (в нашем случае перенесенное инфекционное заболевание) не рассматривается как мешающая профессиональной деятельности

Табл. 2. Матрица факторной структуры переменных

Tab. 2. Matrix of the factor structure of variables

Переменные	Фактор 1	Фактор 2
Отношение к болезни	0,380100	–
Реабилитационный потенциал	0,456850	0,472133
Результативность	0,498710	–
Группа инвалидности	0,482479	0,307475
Статус (трудоспособные / пенсионеры)	0,735223	0,348027
Пол	0,679404	0,394973
Семейное положение	–	0,473273
Отношение близких к ситуации клиента	–	0,482479
Наличие / отсутствие физических барьеров в постоянной среде	–	–0,366094
Наличие / отсутствие социальных барьеров	–	–0,365427
Клинический диагноз	0,497280	–
Давность заболевания	–0,406632	–
Болезнь до реабилитационного процесса (ЦТО)	0,322205	–
Болезнь после реабилитационного процесса (ЦТО)	0,411206	–
Я после реабилитационного процесса (ЦТО)	0,382407	–
Эмоциональное состояние после реабилитации (ЦТО)	0,334801	–
Моя семья (ЦТО)	–	0,581023

⁷ Анозогнозия // Оксфордский толковый словарь по психологии / под ред. А. Ребера. 2002. Режим доступа: <https://809.slovaronline.com/341-анозогнозия> (дата обращения: 18.08.2021).

и общению с близкими или как не влияющая на будущее. Нельзя не согласиться с авторами Психотерапевтической энциклопедии, что «разумный уровень анозогнозии» в сочетании с другими факторами (активное сотрудничество пациента в диагностическом и лечебном процессе, поиск поддержки в терапевтической и социальной среде, проблемный анализ болезни и ее последствий, чувство юмора, стоицизм и терпеливость, сохранение самообладания, противостояние болезни, эмоциональная разрядка и альтруизм) может являться залогом успешности⁸. Можно предположить, что у клиентов трудоспособного возраста анозогнозическое отношение к болезни, даже осложняемое уже имеющимся заболеванием, по которому определена группа инвалидности, выступает как специфическое защитное реагирование на перенесенный COVID-19.

Табл. 3. Отношение к болезни в зависимости от результативности реабилитации, в % по полу

Tab. 3. Attitude to the disease depending on the effectiveness of rehabilitation, % by gender

Тип отношения к болезни	Мужчины		Женщины	
	Улучшение состояния	Безизменений	Улучшение состояния	Безизменений
Смешанный	9	18	8	11
Гармоничный	11	–	13	1
Анозогнозический	10	11	3	5
Сензитивный	–	4	9	6
Эргопатический	9	2	3	3
Паранойальный	–	4	–	4
Эгоцентрический	8	3	2	6
Диффузный	6	5	13	12
Другие	–	–	–	1

На втором месте в подгруппе женщин с улучшением состояния – диффузное отношение к болезни, чаще состоящее из эргопатического («стремления перенести активность с одного вида деятельности» [23, с. 15], чаще профессиональной, на другие виды деятельности), сензитивного («озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни, и опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным» [23, с. 16]) и эгоцентрического («принятие болезни и поиски выгод в связи с болезнью» [23, с. 17]). Характер соотношения между составляющими согласованный, не нарушающий психическую и социальную адаптацию, что демонстрирует

адекватность выбранной модели жизни у данных клиентов. Вошедшие в эту подгруппу клиенты как мужского, так и женского пола имеют высокий реабилитационный потенциал.

Совершенно другие составляющие выявлены у смешанного отношения к болезни у мужчин и женщин без улучшения состояния после реабилитации. Так, структура смешанного отношения к болезни у мужчин чаще состоит из тревожного и эргопатического типов, у женщин – из апатического, меланхолического и анозогнозического типов. Диффузное отношение к болезни, выявленное у 12 % женщин без изменения своего состояния после реабилитации, включает, как правило, апатический, тревожный, анозогнозический типы, что не способствует психической и социальной адаптации, т. к. данные типы не согласованы и демонстрируют как интер-, так и интрапсихическую направленность реагирования на болезнь. Вошедшие в эту подгруппу клиенты и мужского, и женского пола имеют чаще низкий либо средний реабилитационный потенциал. В структуре как смешанного, так и диффузного отношения к болезни у клиентов без улучшения состояния после реабилитации анозогнозический тип может рассматриваться как желание игнорировать тяжесть своего клинического состояния, что часто приводит к снижению активного участия клиента в реабилитационных мероприятиях.

Подтверждением наличия способности сохранить психическое здоровье после COVID-19 выступают результаты ЦТО, которые являются статистически значимыми переменными, вошедшими в первый фактор. Как писала Л. Н. Собчик, «цвета на самом деле, не что иное, как визуализированные "ощущения", или, другими словами, результат реакции нервной системы на раздражители» [27, с. 18]. Мужчины и женщины с улучшением состояния после реабилитации ассоциировали свою болезнь до реабилитации чаще с красным и зеленым цветами. Красный цвет интерпретируется как стремление действовать и добиваться успеха [25], зеленый – как «упорство, сопротивляемость изменениям, целеустремленность» [28, с. 17]. Также этими клиентами была ассоциирована болезнь и после реабилитации.

Клиенты без изменения состояния чаще ассоциировали болезнь до реабилитации как серую или коричневую. Серый цвет трактуется М. Люшером как ситуация усталости, причем человек, выбирающий серый цвет, «не хочет раскрывать свою сущность, ограждает себя от вмешательства, пытается сохранить нейтралитет» [28, с. 55], что не способствует реабилитационному процессу. Коричневый цвет отражает «физический дискомфорт, тревожность с соматической окраской, переживание чувства неуверенности» [28, с. 55]. После реабилитации клиенты для оценки болезни чаще выбирали черный и коричневый цвета.

Такая подсознательная оценка своего соматического состояния до и после реабилитации сказалась и на ассоциациях своего эмоционального состояния и своей личности

⁸ Копинг-механизмы (механизмы совладания) // Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2002. С. 219.

после реабилитации. Если мужчины с улучшением состояния после реабилитации рассматривали свое эмоциональное состояние чаще в зеленом и красном цветах, то женщины – в желтом цвете. Зеленый цвет «соответствует таким чертам характера, как последовательность, уверенность в своих силах, самодостаточность, чувство внутреннего достоинства» [28, с. 81], красный – «символ активности, ближе к людям, уверенным в себе, не сомневающимся в своих силах и способных утвердиться в жизни» [28, с. 34–35]. Желтый цвет, который чаще предпочитали женщины с улучшением состояния после реабилитации, символизирует «раскованность, релаксацию, полную радостных надежд изменчивость, стремление к новым перспективам» [27, с. 17].

Мужчины без изменения состояния после реабилитации чаще предпочитали ассоциировать себя и свое эмоциональное состояние с серым или синим цветами, женщины – с фиолетовым цветом. Серый цвет интерпретируется как «защитная реакция при переутомлении» [29, с. 127], коричневый означает физический дискомфорт, фиолетовый «характерен для лиц с затрудненной адаптацией» [27, с. 52].

По Л. Н. Собчик, «выбор цвета не просто обрисовывает ситуативную реакцию и состояние индивида, а позволяет определить личностные особенности индивида в конкретной ситуации» [27, с. 7]. В данном исследовании проведение ЦТО дает возможность диагностировать оптимистичное либо пессимистичное отношение к постковидной ситуации клиентов.

Переменные, вошедшие во второй фактор, можно назвать средовыми. В этот фактор вошли как объективные, так и субъективные переменные: реабилитационный потенциал, группа инвалидности, статус, пол, семейное положение, отношение близких к ситуации клиента, наличие / отсутствие физических и социальных барьеров, ассоциация *моя семья*. Самый большой вес в данном факторе имеет переменная *моя семья*, причем в ходе клинической беседы при приеме на реабилитацию специалистами уточнялось понятие семьи для клиента, куда были отнесены все значимые для клиента люди, а не только супруги. Это могли быть сиблинги, другие родственники, дети и пр. Совершенно одинокие клиенты составили 18 % от общей выборки, причем большая часть (82 % внутри подгруппы) – мужчины, как трудоспособного, так и пенсионного возраста.

Практически все исследования, посвященные роли семьи для людей с инвалидностью, указывают, что семейные ресурсы – это «силы и динамические факторы в матрице отношений, поддерживающих развитие персональных ресурсов и потенциала членов семьи и способствующих формированию чувства удовлетворенности в семье» [30, р. 163]. Г. МакКуббин и Дж. Паттерсон, исследовавшие различные семьи в ситуации стресса и кризиса, предположили, что среди факторов, определяющих уровень адаптации семьи к трудностям, серьезный вклад вносят «степень уязвимости каждого члена семьи; тип семьи; семейные ресурсы;

представления о стрессоре, навыки решения и преодоления проблем» [31, р. 21]. Данные авторы относят к поддерживающим факторам «открытую, позитивную коммуникацию; близость, которая является "невидимым клеем" для семьи и дает всем ее членам чувство принадлежности; совместную деятельность; привязанность друг к другу; поддержку в виде помощи, одобрения, утешения и т. п.; принятие, заключающееся в уважении, признании достоинств, понимании индивидуальности и неповторимости друг друга; преданность семье, ее ценностям» [31, р. 30].

В результате анализа полученных данных было установлено, что оценка семьи прямо коррелирует с такой переменной, как реабилитационный потенциал. Под реабилитационным потенциалом принято рассматривать как реабилитационные возможности организма, личности, так и микросоциума, т. е. той социальной системы, в которую непосредственно включен человек [24, с. 51]. Клиенты с высоким реабилитационным потенциалом значительно чаще рассматривают свою семью позитивно (табл. 4). Женщины ассоциируют ее с желтым цветом, который можно интерпретировать как «состояние расцвета, раскованности и непрерывного обновления» [28, с. 84], мужчины – с красным как «желанием проявлять активность» [28, с. 81]. Клиенты с низким реабилитационным потенциалом чаще ассоциируют свою семью с черным, серым и коричневым цветами. Именно эти клиенты рассказывали о конфликтах в семье.

Табл. 4. Оценка семьи клиентом и уровень реабилитационного потенциала, в % по полу

Tab. 4. Attitude to family vs. rehabilitation potential, % by gender

Оценка семьи	Высокий		Средний		Низкий	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Негативная (серый, черный, коричневый)	–	2	2	4	27	31
Нейтральная (синий, фиолетовый)	3	1	20	12	1	2
Позитивная (желтый, красный)	46	41	1	7	–	–

Следовательно, отношение к ситуации болезни в семье, близких для клиента людей выступает статистически значимым фактором для возможности адекватно представить свою жизнь после COVID-19, даже имея статус *инвалид* (табл. 4).

Другой значимой переменной во втором факторе выступают наличие / отсутствие барьеров в социальной и физической среде. В ходе клинической беседы были выявлены основные барьеры, которые мешают результативной реабилитации клиентов, не способствуют адекватному конструированию модели жизни, что снижает их жизнеспособность.

Несмотря на практически завершённую Государственную программу РФ «Доступная среда» на 2011–2020 гг., клиенты с инвалидностью отмечают значительное количество физических барьеров. Наличие физических барьеров чаще отмечали трудоспособные клиенты-мужчины с I и II группами инвалидности, имеющие черепно-мозговые и спинномозговые травмы, последствия инсульта. Так, среди наиболее значимых физических барьеров названы нестандартные пандусы в магазинах, аптеках, жилых домах, проблема транспортной доступности, отсутствие достоверной информации о препятствиях в транспорте и в различных учреждениях.

Различные социальные барьеры чаще назывались женщинами как трудоспособного, так и пенсионного возраста. Среди различных барьеров выделены материальные (недостаток денег для удовлетворения потребностей в общении, обучении, путешествиях); коммуникативные (отсутствие возможностей общаться в «своем кругу», недостаток проводимых мероприятий для инвалидов, отсутствие интересных виртуальных возможностей для общения молодых инвалидов); профессиональные (проблема трудоустройства и получения образования). Таким образом, наличие любых барьеров среды выступает ограничением возможности адекватно конструировать свою жизнь, т. е. снижает жизнеспособность инвалидов, в том числе перенесших COVID-19.

Заключение

Группа инвалидности как социальный статус не является позитивным либо негативным фактором, влияющим

на жизнеспособность человека, перенесшего COVID-19. К позитивным факторам, влияющим на жизнеспособность, отнесены гармоничное отношение к болезни, анозогнозическое отношение к болезни, демонстрирующее стремление не рассматривать себя больным, инвалидом, несмотря на объективные обстоятельства, у этих клиентов небольшой срок заболевания и трудоспособный возраст, высокий реабилитационный потенциал, оптимистическая активная позиция по отношению к себе, позитивная поддержка семьи. Среди негативных факторов, влияющих на жизнеспособность, были выделены анозогнозическое отношение к болезни у клиентов пенсионного возраста с большим стажем сопутствующего COVID-19 заболевания, диффузный и смешанный типы отношения к болезни, состоящие из несогласованных составляющих, что снижает социальную адаптацию клиентов, пессимизм, неверие в успех реабилитации, низкий реабилитационный потенциал. Считаем, что интерпретация содержания анозогнозического отношения к болезни в зависимости от различных значимых для реабилитационного процесса мероприятий требует дальнейшего исследования. Можно выделить и нейтральные факторы, которые также требуют продолжения исследования. К таким факторам относятся, например, возраст, мотивированность на реабилитацию, давность заболевания.

Конфликт интересов: Автор заявил об отсутствии потенциальных конфликтов интересов в отношении исследования, авторства и / или публикации данной статьи.

Литература

1. Спенсер П. С., Роман Г., Бюге А., Гехт А., Рейс Ж. COVID-19: неврологические последствия // Анализ риска здоровью. 2021. № 2. С. 168–176. <https://doi.org/10.21668/health.risk/2021.2.16>
2. Mei Q., Wang F., Bryant A., Wei L., Yuan X., Li J. Mental health problems among COVID-19 survivors in Wuhan, China // World Psychiatry. 2021. Vol. 20. № 1. P. 139–140. <https://doi.org/10.1002/wps.20829>
3. Ritchie R., Chan D. The emergence of cognitive COVID // World Psychiatry. 2021. Vol. 20. № 1. P. 52–53. <https://doi.org/10.1002/wps.20837>
4. Greenberg N., Rafferty L. Post-traumatic stress disorder in the aftermath of COVID-19 pandemic // World Psychiatry. 2021. Vol. 20. № 1. P. 53–54. <https://doi.org/10.1002/wps.20838>
5. Нестик Т. А. Психологические последствия пандемии и ресурсы жизнеспособности в условиях глобальных рисков // Глобалистика-2020: Глобальные проблемы и будущее человечества: сб. ст. Междунар. науч. конгресса. (Москва, 18–22 мая, 20–24 октября 2020 г.) М.: МОСИПНН Н. Д. Кондратьева, 2020. С. 808–813. <https://doi.org/10.46865/978-5-901640-33-3-2020-808-813>
6. Ahrens K. F., Neumann R. J., Kollmann B., Plichta M. M., Lieb K., Tüscher O., Reif F. Differential impact of COVID-19 related lockdown on mental health in Germany // World Psychiatry. 2021. Vol. 20. № 1. P. 140–141. <https://doi.org/10.1002/wps.20830>
7. Гурьянова М. П. Воспитание жизнеспособной личности в условиях дисгармоничного социума // Педагогика. 2004. № 1. С. 11–18.
8. Гурьянова М. П. Жизнеспособность личности как педагогический феномен // Педагогика. 2006. № 10. С. 43–50.
9. Селезнёва Н. Т., Рубленко Н. В., Тодышева Т. Ю. Жизнеспособность личности. Красноярск: КГПУ им. В. П. Астафьева, 2015. 308 с.
10. Рыльская Е. А. Психология жизнеспособности человека: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. Ярославль, 2014. 39 с.

11. Рыльская Е. А. Жизнеспособность человека: критерии, факторы, генезис // Теория и практика общественного развития. 2013. № 12. С. 91–99.
12. Нестерова А. А. Социально-психологический подход к изучению жизнеспособности личности, находящейся в трудной жизненной ситуации. М.: РГСУ, 2011. 236 с.
13. Нестерова А. А. Социально-психологическая концепция жизнеспособности молодежи в ситуации потери работы: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2011. 49 с.
14. Кириллов В. И., Старченко А. А. Логика. 6-е изд., перераб и доп. М.: ТК Велби; Проспект, 2008. 240 с.
15. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. 3-е изд. СПб.: Питер, 2010. 288 с.
16. Слободчиков В. И., Исаев Е. И. Основы психологической антропологии. Психология человека: Введение в психологию субъективности. М.: Школа-Пресс, 1995. 384 с.
17. Васильева С. Н. Конструирование дефиниции категории «жизнеспособность человека» методом двухуровневой триадической дешифровки // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2019. Т. 12. № 1. С. 16–27. <https://doi.org/10.14529/psy190102>
18. Jaspers K. Philosophische Autobiographie // Jaspers K. Werk und Wirkung. München, 1963. S. 12–36.
19. Ясперс К. Смысл и назначение истории. М.: Политиздат, 1991. 527 с.
20. Glasersfeld E. von. Radical constructivism: A way of knowing and learning. London: The Falmer Press, 1985. 341 p.
21. Тилих П. Избранное: Теология культуры. М.: Юрист, 1995. 479 с.
22. Бьюдженталь Дж. Наука быть живым. Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической психотерапии. М.: Корвет, 2017. 332 с.
23. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. СПб.: СПб НИПИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 32 с.
24. Кулагина И. Ю., Сенкевич Л. В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях // Культурно-историческая психология. 2015. Т. 11. № 1. С. 50–60. <https://doi.org/10.17759/chp.2015110107>
25. Эткин А. М. Цветовой тест отношений // Общая психодиагностика / ред. А. А. Бодалев. СПб.: Речь, 2006. С. 221–227.
26. Goetzke E. When your patient is in denial? // The American Journal of Nursing. 1995. Vol. 9. P. 18–21.
27. Собчик Л. Н. Метод цветковых выборов. Модификация восьмичетного теста М. Люшера. СПб.: Речь, 2010. 128 с.
28. Браэм Г. Психология цвета. М.: АСТ; Астрель, 2011. 158 с.
29. Бреслав Г. Е. Цветопсихология и цветолечение. СПб.: Б&К., 2000. 212 с.
30. Sawin M. M. The family cluster model of family enrichment // Building family strengths: Blueprints for action / eds. N. Stinnett, B. Chessier, J. De Frain. University of Nebraska Press, 1979. P. 163–172.
31. McCubbin H. I., Patterson J. M. The family stress process: The Double ABCX model of adjustment and adaptation // Marriage & Family Review. 1983. Vol. 6. № 1-2. P. 7–37. https://doi.org/10.1300/J002v06n01_02

original article

Factors Affecting the Viability of Disabled COVID-19 Patients

Tatiana V. Rogacheva

Regional Disabled Persons Rehabilitation Center, Russia, Yekaterinburg; <https://orcid.org/0000-0002-1259-7567>; TVRog@yandex.ru

Received 6 Jul 2021. Accepted after peer review 6 Sep 2021. Accepted for publication 6 Sep 2021.

Abstract: The present research featured patients with disabilities who survived COVID-19 and had to undergo a course of comprehensive rehabilitation. Foreign scientists proved that COVID-19 can affect viability, although it does not necessarily triggers mental and psychological health disorders. The research objective was to define the main factors that affect the viability of clients of a medical rehabilitation center. The article contains a review of various approaches to the concept of viability and introduces an authentic definition. The analysis was based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) and revealed both positive and negative factors that affect the viability of disabled patients after COVID-19. The positive factors included harmonious or anosognosic attitude to the disease, i.e. unwillingness to consider oneself "sick" or "disabled" in working-age patients with short disease history and high rehabilitation potential, optimistic life attitude, and good family support. The negative factors included anosognosic attitude to the disease in retired patients with a long disease history. They demonstrated diffuse and mixed types of attitude to the disease, with inconsistent components, poor

chances for successful rehabilitation and social adaptation, pessimism, and cynicism about rehabilitation. The research results can help specialists of medical centers to adapt their rehabilitation roadmaps to the needs of disabled COVID-19 survivors.

Keywords: attitude to the disease, rehabilitation process, effectiveness, contextual factors, type of relationship to the disease

Citation: Rogacheva T. V. Factors Affecting the Viability of Disabled COVID-19. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta*, 2021, 23(3): 717–728. (In Russ.) <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2021-23-3-717-728>

Conflict of interests: The author declared no potential conflict of interests regarding the research, authorship, and / or publication of this article.

References

1. Spencer S., Román G., Buguet A., Guekht A., Reis J. COVID-19: neurological sequelae. *Health Risk Analysis*. 2021, (2): 168–176. (In Russ.) <https://doi.org/10.21668/health.risk/2021.2.16>
2. Mei Q., Wang F., Bryant A., Wei L., Yuan X., Li J. Mental health problems among COVID-19 survivors in Wuhan, China. *World Psychiatry*, 2021, 20(1): 139–140. <https://doi.org/10.1002/wps.20829>
3. Ritchie R., Chan D. The emergence of cognitive COVID. *World Psychiatry*, 2021, 20(1): 52–53. <https://doi.org/10.1002/wps.20837>
4. Greenberg N., Rafferty L. Post-traumatic stress disorder in the aftermath of COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 2021, 20(1): 53–54. <https://doi.org/10.1002/wps.20838>
5. Nestik T. A. Psychological consequences of the pandemic and resources of resilience in the face of global risks. *Globalistics-2020: Global issues and the future of humankind*: Proc. Intern. Sci. Congress, Moscow, 18–22 May, 20–24 Oct 2020. Moscow: MOOSIPNN N. D. Kondratieva, 2020, 808–813. (In Russ.) <https://doi.org/10.46865/978-5-901640-33-3-2020-808-813>
6. Ahrens K. F., Neumann R. J., Kollmann B., Plichta M. M., Lieb K., Tüscher O., Reif F. Differential impact of COVID-19 related lockdown on mental health in Germany. *World Psychiatry*, 2021, 20(1): 140–141. <https://doi.org/10.1002/wps.20830>
7. Guryanova M. P. Education of a viable personality in a disharmonious society. *Pedagogika*, 2004, (1): 11–18. (In Russ.)
8. Guryanova M. P. Viability of personality as an educational phenomenon. *Pedagogika*, 2006, (10): 43–50. (In Russ.)
9. Selezneva N. T., Rublenko N. V., Todysheva T. Yu. *Viability of personality*. Krasnoyarsk: KGPU im. V. P. Astafieva, 2015, 308. (In Russ.)
10. Rylskaya E. A. *Psychology of human vitality*. Dr. Psychol. Sci. Diss. Abstr. Yaroslavl, 2014, 39. (In Russ.)
11. Rylskaya E. A. Vitality of a human: criteria, factors, genesis. *Theory and Practice of Social Development*, 2013, (12): 91–99. (In Russ.)
12. Nesterova A. A. *Socio-psychological approach to the study of the viability of a person in a difficult life situation*. Moscow: RGSU, 2011, 236. (In Russ.)
13. Nesterova A. A. *Socio-psychological concept of the viability of youth in a situation of job loss*. Dr. Psychol. Sci. Diss. Abstr. Moscow, 2011, 49. (In Russ.)
14. Kirillov V. I., Starchenko A. A. *Logic*, 6th ed. Moscow: TK Velbi; Prospekt, 2008, 240. (In Russ.)
15. Ananiev B. G. *Man as a subject of knowledge*, 3rd ed. St. Petersburg: Piter, 2010, 288. (In Russ.)
16. Slobodchikov V. I., Isaev E. I. *Foundations of psychological anthropology. Human psychology: An introduction to the psychology of subjectivity*. Moscow: Shkola-Press, 1995, 384. (In Russ.)
17. Vasilieva S. N. Design of the definition of the category "resilience of person" with triadic decryption method. *Vestnik Iuzhno-Uralskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya*, 2019, 12(1): 16–27. (In Russ.) <https://doi.org/10.14529/psy190102>
18. Jaspers K. *Philosophische Autobiographie. Werk und Wirkung*. München, 1963, 12–36.
19. Jaspers K. *The origin and goal of history*. Moscow: Politizdat, 1991, 527. (In Russ.)
20. Glasersfeld E. von. *Radical constructivism: A way of knowing and learning*. London: The Falmer Press, 1985, 341.
21. Tillich P. *Selected: Theology of Culture*. Moscow: Iurist, 1995, 479. (In Russ.)
22. Bugental J. *The search for existential identity: patient-therapist dialogues in humanistic psychotherapy*. Moscow: Korvet, 2017, 332. (In Russ.)
23. Wasserman L. I., Iovlev B. V., Karpova E. B., Vuks A. Ia. *Psychological diagnostics of attitudes towards the disease*. St. Petersburg: SPb NIPI im. V. M. Bekhtereva, 2005, 32. (In Russ.)
24. Kulagina I. Yu., Senkevich L. V. Rehabilitation potential of personality in various chronic diseases. *Cultural-Historical Psychology*, 2015, 11(1): 50–60. (In Russ.) <https://doi.org/10.17759/chp.2015110107>
25. Etkind A. M. Color test of relations. *General psychodiagnostics*, ed. Bodalev A. A. St. Petersburg: Rech, 2006, 221–227. (In Russ.)

26. Goetzke E. When your patient is in denial? *The American Journal of Nursing*, 1995, 9: 18–21.
27. Sobchik L. N. *Color selection method. Modification of M. Luscher's eight-color test*. St. Petersburg: Rech, 2010, 128. (In Russ.)
28. Braem G. *Psychology of color*. Moscow: AST; Astrel, 2011, 158. (In Russ.)
29. Breslav G. E. *Color psychology and color therapy*. St. Petersburg: B.&K., 2000, 212. (In Russ.)
30. Sawin M. M. The family cluster model of family enrichment. *Building family strengths: Blueprints for action*, eds. Stinnett N., Chesser B., De Frain J. University of Nebraska Press, 1979, 163–172.
31. McCubbin H. I., Patterson J. M. The family stress process: The Double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review*, 1983, 6(1-2): 7–37. https://doi.org/10.1300/J002v06n01_02