

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПАНДЕМИЯ COVID-19

Научная статья  
УДК 159.9:[616.98:578.834.11]-036.868

### **Особенности социальной реабилитации пациентов, перенесших COVID-19**

**Татьяна Владимировна Рогачева**

Областной центр реабилитации инвалидов, Екатеринбург, Россия, TVRog@yandex.ru

#### **Аннотация**

В статье представлены результаты клинико-психологического исследования двух групп клиентов, проходивших социальную реабилитацию на базе ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» Свердловской области. Первая группа состояла из клиентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Вторая группа была сформирована из клиентов, получивших статус «инвалид» в связи с перенесенным/перенесенными ОНМК и переболевших COVID-19 в течение 2021 года. В обосновании выборки приведены статистические данные, подтверждающие актуальность исследований как клиентов, перенесших ОНМК, так и тех клиентов, у которых нарушения мозгового функционирования вследствие перенесенного инсульта осложнены COVID-19.

Целью статьи является сравнительный анализ основных факторов, влияющих на результативность реабилитационного процесса у клиентов, перенесших ОНМК и COVID-19 в сравнении с клиентами, в анамнезе которых только перенесенный инсульт.

Методы исследования: наблюдение, клиническая беседа, ТОБОЛ, Методика «Реабилитационный потенциал» И. Ю. Кулагиной, Л. В. Сенкевич, Цветовой тест отношений.

Результаты: проведенное исследование дало возможность выявить основные различия в выделенных группах клиентов при проведении социальной реабилитации. Выявленные особенности клиентов, переболевших новой коронавирусной инфекцией, позволяют корректировать реабилитационный процесс, повышая его результативность.

**Ключевые слова:** реабилитационный процесс, результативность социальной реабилитации, COVID-19, МКФ (международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья)

**Для цитирования:** Рогачева Т.В. Особенности социальной реабилитации пациентов, перенесших COVID-19 // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2022. Т. 14, № 1. С. 1. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

## MEDICAL PSYCHOLOGY AND COVID-19 PANDEMIC

Original article

### **Features of social rehabilitation of patients who underwent COVID-19**

**Tatiana V. Rogacheva**

Regional Center for the Rehabilitation of the Disabled, Yekaterinburg, Russia, TVRog@yandex.ru

#### **Abstract**

The article presents the results of a clinical and psychological study of two groups of clients undergoing social rehabilitation on the basis of the GAU "Regional Center for Rehabilitation of the Disabled" of the Sverdlovsk region. The first group consisted of clients who had suffered acute cerebrovascular accident. The second group was formed from clients who received the status of "disabled" due to the postponed/postponed and who had COVID-19 during 2021. The substantiation of the sample provides statistical data confirming the relevance of studies of both

groups of clients who have undergone stroke and those clients whose brain functioning disorders due to a stroke are complicated by COVID-19. The purpose of the article is a comparative analysis of the main factors affecting the effectiveness of the rehabilitation process in clients who have undergone stroke and COVID-19 in comparison with clients with a history of only a stroke.

Research methods: observation, clinical conversation, TOBOL, Method "Rehabilitation potential" by I. Y. Kulagina, L. V. Senkevich, Color test of relationships.

Results: The conducted research made it possible to identify the main differences in the selected groups of clients during social rehabilitation. The identified features of clients who have been ill with a new coronavirus infection make it possible to adjust the rehabilitation process, increasing its effectiveness.

**Keywords:** rehabilitation process, effectiveness of social rehabilitation, COVID-19, ICF (international classification of functioning, disability and health)

**For citation:** Rogacheva T.V. Features of social rehabilitation of patients who underwent COVID-19. *Med. psihol. Ross.*, 2022, vol. 14, no. 1, p. 1. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

## Введение

Несмотря на достаточно сложную эпидемиологическую ситуацию по COVID-19, социальные учреждения, осуществляющие социальную реабилитацию, продолжили работать уже осенью 2020 года. Так, Областной центр реабилитации инвалидов Свердловской области за 2020 год принял 530 клиентов, за 9 месяцев 2021 года — 912 клиентов на стационарной и полустационарной формах обслуживания. Центр также принимает на социальную реабилитацию клиентов, перенесших COVID-19, причем, как правило, это люди с уже имеющимся статусом «инвалид». Большую часть из них составили люди, у которых в анамнезе было острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

По структуре заболеваемости у клиентов Центра обычно преобладают болезни системы кровообращения, и 83 % таких заболеваний — инсульты. В руководстве по лечению и реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, представлены опубликованные в 2015 г. данные международного проекта по изучению глобального бремени заболеваний (Global Burden Diseases — GBD), в которых приведена эпидемиология данной нозологической формы: «Инсульт занимает второе место среди причин смертности (11,9 %). Ежегодно регистрируется 10,3 млн случаев инсульта, из которых 6,5 млн заканчиваются смертью» [1, с. 12]. «В Российской Федерации проживают свыше 1 млн человек, перенесших инсульт, при этом треть из них составляют лица трудоспособного возраста, к труду же возвращается только каждый четвертый. При этом инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности» [Там же. С. 10]. Как указывается в докладе заместителя министра здравоохранения РФ Д. Чугаева, «прирост числа умерших от болезней системы кровообращения, которые занимают первое место с долей 46,2 %, Минздрав «отчетливо» фиксировал с мая 2020 года и на протяжении всей пандемии коронавируса. Наибольший абсолютный прирост числа умерших наблюдается в десяти регионах, «столкнувшихся с эпидемическим подъемом в первую и вторую волну» COVID-19 — это в том числе... и Свердловская область» [2].

«Динамика заболеваемости инсультом в различных возрастных группах выглядит следующим образом: 30—39 лет — 0,15 на 1 тыс., 40—49 лет — 0,9 на 1 тыс., 50—59 лет — 3,3 на 1 тыс., 60—69 лет — 10,0 на 1 тыс. и старше 70 лет — 27,7 случаев на 1 тыс. человек в год» [3, с. 120]. По полу наблюдается преобладание заболеваемости у мужчин — 53,3 %, что характерно как для повторного, так и впервые возникшего ОНМК. По возрасту пик заболеваемости ОНМК у мужчин приходится на возраст 50—59 лет, у женщин — на 60—69 лет [Там же. С. 4].

Чаще всего среди индивидуальных особенностей пациентов, перенесших инсульт, отечественные исследователи отмечают доминирующие реакции личности на заболевание «в виде депрессии, психастении, аутичности, тревоги, а также особенности личности, препятствующие формированию адекватной установки в процессе реабилитации: пессимизм, импульсивность, подозрительность, демонстративность, замкнутость. Выявляется и невыраженная склонность к переоценке тяжести состояния» [Там же. С. 11].

Западные психологи солидарны с российскими исследователями. Например, L. Spurgeon с коллегами указывает, что у пациентов, перенесших инсульт, зачастую наблюдаются психоэмоциональные расстройства, которые могут оказать влияние на течение заболевания и стать причиной вторичного инсульта или затруднять проведение реабилитационных мероприятий [4, с. 637]. Ранее эти же авторы провели исследование психосоциальных реакций пациентов на перенесенный инсульт. «В результате опроса были получены 6 вариантов ответов: глубокое беспокойство по поводу неопределенности будущего (или нарушения нормального течения жизни), потеря доверия, разочарование, тревога, чувство утраты и грусти» [5, р. 2210]. S. Marzolini с коллегами также подчеркивает, что реабилитация после ОНМК предполагает коррекцию психологического состояния и социальной поддержки этих пациентов, однако основные подходы к ней требуют дальнейшего изучения [6, с. 2455].

Можно предположить, что если пациент, у которого структуры и функции организма уже были нарушены перенесенным инсультом, заболевает COVID-19, то он может подвергаться более высокому риску отдаленных неврологических и нервно-психиатрических последствий. Российские исследователи подчеркивают, что «у пациентов с ОНМК на фоне подтвержденного случая коронавирусной инфекции клинические проявления могут усугубляться наличием гипоксии, гипотермии, кардиомиопатии с нарушением ритма, коагулопатии с преобладанием гиперкоагуляции, что в свою очередь усиливает гипоперфузию мозга, являясь дополнительным фактором риска развития церебральных эмболий и тромбообразования» [7, с. 320]. Многие исследователи указывают и на психологические проблемы таких пациентов, ведь опыт пандемии COVID-19 — это ещё и опыт экзистенциального напоминания современному человеку (по крайней мере, из благополучной части человечества) о его внезапной смертности, прежде всего, через демонстрацию смерти других.

В то же время, замечено, что далеко не все перенесшие COVID-19 пациенты страдают нарушениями психического и психологического здоровья. Так, в исследовании последствий COVID, проведенном в Германии и посвященном измерению жизнестойкости как «способности сохранять психическое здоровье, несмотря на трудные жизненные ситуации» [8, с. 141], было выделено 3 группы переболевших с различными траекториями психического здоровья. Первая группа состояла в основном из женщин (средний возраст  $28,0 \pm 5,9$  года), во вторую группу вошли люди постарше (средний возраст  $31,7 \pm 8,5$  года), в третью — люди, уже страдающие нарушениями психического здоровья. В результате после первых восьми недель ежедневных оценок, сопоставленных с измерениями до локдауна, оказалось, что если в первых двух группах «меры изоляции привели к снижению повседневных факторов, вызывающих стресс», то в третьей группе ухудшилось «психическое здоровье» [Там же. С. 142]. Авторы делают вывод, что «локдаун сам по себе не оказывает негативного влияния 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» [Там же. С. 142].

Актуальным остается вопрос о возможностях реабилитации таких «сложных» в клиническом и психологическом плане пациентов, а также о результативности реабилитационного процесса. Таким образом, целью данного исследования выступает сравнительный анализ основных факторов, влияющих на результативность реабилитационного процесса у клиентов, перенесших ОНМК и COVID-19, в сравнении с

клиентами, в анамнезе которых — только перенесенный инсульт. Выявленные особенности клиентов, переболевших новой коронавирусной инфекцией, позволят корректировать реабилитационный процесс, повышая его результативность.

### Материалы и методы

Исследование проводилось с января по сентябрь 2021 года на базе Областного центра реабилитации инвалидов (г. Екатеринбург). Выборка формировалась стихийным образом; в 1-ю группу вошли 100 мужчин (50 чел. трудоспособного возраста и 50 чел. пенсионного возраста) и 60 женщин (29 чел. трудоспособного возраста и 31 чел. пенсионного возраста), имеющих статус «инвалид», перенесших ОНМК, во 2-ю группу — 160 клиентов также с ОНМК в анамнезе, переболевших COVID-19, проходивших реабилитацию на стационарной форме обслуживания в течение 14 дней. В группу клиентов, переболевших COVID-19, вошли 96 мужчин и 64 женщины, причем большинство из них — пенсионного возраста (75%), что соответствует генеральной совокупности.

Среди мужчин инвалидов I группы — 35 % (35 человек), инвалидов II группы — 54 % (54 чел.) и инвалидов III группы — 11 % (11 человек). Среди женщин инвалидов I группы было 10 % (6 человек), II группы — 53 % (32 чел.), III группы — 37 % (22 чел.).

Клиенты, перенесшие COVID-19, чаще имели III группу (43 % — 69 чел.) и II (40 % — 64 чел.) группу инвалидности, с I группой инвалидности в выборку вошло 17 % (27 чел.). Среди мужчин 47 % имели III группу, 39 % — II группу и 14 % — I группу. Среди женщин с III группой инвалидности в выборку вошло 36 %, со II группой — 44 % и с I группой — 20 %.

В качестве психодиагностического инструментария использовались: наблюдение, клиническая беседа, ТОБОЛ [9], Методика «Реабилитационный потенциал» И. Ю. Кулагиной, Л. В. Сенкевич [10], Цветовой тест отношений [11]. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета SPSS.

### Результаты и обсуждение исследования

Для выявления показателей, влияющих на результативность реабилитационного процесса, был проведен факторный анализ, в котором было задано 2 фактора, представленных в матрице факторной структуры переменных (таб. 1).

**Первый фактор** можно назвать «Клинико-социальные показатели, влияющие на результативность реабилитации», т. к. самый большой вклад в данный фактор внесли переменные «клинический диагноз» и «статус». У клиентов пенсионного возраста срок давности заболевания значительно больше, чем у клиентов трудоспособного возраста. Однако срок заболевания как таковой мало что дает для анализа результативности реабилитации. 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» [12, с. 3]. Рассмотрим, как распределились все клиенты с ОНМК в зависимости от результативности реабилитации, пола, а также возраста (см. таб. 2, 3).

Как видно из таб. 2, результативность как соответствие цели реабилитации достижению запланированных результатов выше у женщин и мужчин пенсионного возраста, а также у женщин трудоспособного возраста.

Таблица 1. Матрица факторной структуры переменных (клиенты с ОНМК)

Переменные	Фактор 1	Фактор 2
Отношение к болезни	0,325600*	
Реабилитационный потенциал	0,368700*	
Результативность	0,465820*	<b>0,642100*</b>

Группа инвалидности	0,314100*	
Статус (трудоспособные – пенсионеры)	<b>0,470020*</b>	
Пол	0,365400*	0,470100*
Клинический диагноз	<b>0,574520*</b>	
ЦТО «Я» до реабилитационного процесса	0,384500*	
ЦТО «Реабилитация» до реабилитационного процесса	0,457000*	
ЦТО «Реабилитация» после реабилитационного процесса		0,369000*
ЦТО «Болезнь» после реабилитационного процесса		0,473000*
ЦТО «Эмоциональное состояние» до реабилитационного процесса	0,342201*	0,378400*
ЦТО «Эмоциональное состояние» после реабилитации		<b>0,584000*</b>

Примечание: \* — в матрицу внесены только значимые переменные (при  $p \leq 0,05$ ).

При изучении анамнестических данных (коморбидных ОНМК заболеваний) оказалось, что если у женщин пенсионного возраста инсульт чаще был сопряжен с полиартрозами, у женщин трудоспособного возраста — с различными психическими расстройствами (олигофрения, эндогенная депрессия, шизофрения и пр.), то у мужчин трудоспособного возраста — с гипертензивной (гипертонической) болезнью с преимущественным поражением сердца, стенокардией и хронической обструктивной легочной болезнью, а у мужчин пенсионного возраста — с сахарным диабетом и неуточненной энцефалопатией.

Как видно из таб. 2, самый большой процент клиентов — мужчины без улучшения состояния, это клиенты с I группой инвалидности как трудоспособного, так и пенсионного возраста; инсульт у них, как правило, ишемического характера и сопряжен чаще с такими нозологическими формами, как: у мужчин пенсионного возраста — с ревматоидным поражением клапанов сердца и инфарктом миокарда, а у мужчин трудоспособного возраста — с мерцательной аритмией и гипертонической болезнью с преимущественным поражением сердца. Следовательно, достичь положительных результатов в реабилитационном процессе у клиентов с такими осложненными клиническими состояниями достаточно проблематично.

Практически каждый третий мужчина трудоспособного возраста (36 %) и каждый второй мужчина пенсионного возраста (52 %) со II группой инвалидности улучшили свое состояние после реабилитации.

Таблица 2. Распределение мужчин в зависимости от группы инвалидности и результативности реабилитации (в %)

Группа инвалидности	Мужчины трудоспособного возраста		Мужчины пенсионного возраста	
	улучшение	без изменений	улучшение	без изменений
<b>I группа</b>	3	<b>36</b>	4	<b>27</b>
<b>II группа</b>	<b>36</b>	12	<b>52</b>	7
<b>III группа</b>	8	5	6	4
<b>Всего в группе:</b>	47	<b>53</b>	<b>62</b>	38
	100%		100%	

Среди женщин как трудоспособного, так и пенсионного возраста, несмотря на I группу инвалидности, нет клиентов без изменений состояния после реабилитации. Чаще у таких клиенток ведущим ограничением жизнедеятельности является снижение способности контролировать свое поведение, что проявляется в постоянных

затруднениях выполнения ролевых функций, затрагивающих, в первую очередь, самообслуживание, с возможностью частичной коррекции при участии специалиста. Самый большой процент клиенток с улучшением состояния после реабилитации — в подгруппе женщин пенсионного возраста со II группой инвалидности и в подгруппе женщин трудоспособного возраста со II и III группами инвалидности.

Таблица 3. Распределение женщин в зависимости от группы инвалидности и результативности реабилитации (в %)

Группа инвалидности	Женщины трудоспособного возраста		Женщины пенсионного возраста	
	улучшение	без изменений	улучшение	без изменений
I группа	21	0	0	0
II группа	31	10	48	16
III группа	31	7	29	7
Всего в группе:	83	17	77	23
	100%		100%	

Возникает вопрос: какие переменные влияют на результативность реабилитационного процесса? Большой вклад в формирование первого фактора внесли такие переменные, как «отношение к болезни» и «реабилитационный потенциал». В России самым известным психодиагностическим инструментарием для оценки личностного реагирования на болезнь выступает ТОБОЛ [9], результаты которого позволяют специалисту выявить «особенности личности клиента, его позицию по отношению к своему заболеванию, а также к врачам и другому медицинскому персоналу, что становится важным фактором успешности его реабилитации» [Там же. С. 3].

На первом месте у всех клиентов, перенесших инсульт, находится показатель «смешанное отношение к болезни». Однако структура данного типа принципиально отличается в подгруппах по показателю «результативность». Так, среди мужчин и женщин с улучшением состояния после реабилитации в «смешанное отношение к болезни» чаще входят эргопатический и сенситивный типы, что показывает согласованность соотношения между составляющими, которая не нарушает психическую и социальную адаптацию. Такое сочетание демонстрирует адекватность выбранной модели жизни после инсульта у данных клиентов. Вошедшие в эту подгруппу клиенты как мужского, так и женского пола чаще имеют высокий реабилитационный потенциал. Совсем другая структура смешанного типа — у клиентов без изменения состояния после реабилитации. Так, у мужчин чаще встречаются тревожный и эргопатический типы, что, с нашей точки зрения, требует достаточных физиологических и психологических ресурсов, которых у клиентов не так много. У женщин структура смешанного типа представлена чаще сенситивным и эгоцентрическим типами. По результатам, полученным с помощью методики «Реабилитационный потенциал», в этой группе клиентов чаще встречается средний (мужчины — 23 %, женщины — 18 %) и низкий реабилитационный потенциал (мужчины — 12 %, женщины — 33 %, преимущественно пенсионного возраста).

На втором месте у всех клиентов — диффузное отношение к болезни, структура которого в зависимости от результативности реабилитации также разная. У клиентов-мужчин с улучшением состояния в диффузный тип чаще входят меланхолический, ипохондрический и тревожный типы, при «которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации» [Там же. С. 17], по мнению разработчиков методики ТОБОЛ. Однако, учитывая улучшение в течение реабилитационного процесса и тяжесть клинического состояния этих клиентов, можно говорить о сосредоточенности на

внутренних переживаний, что корректировалось специалистами-психологами. Об этом свидетельствуют результаты ЦТО.

Таблица 4. Отношение к болезни в зависимости от результативности реабилитации (в %)

Тип отношения к болезни	Мужчины		Женщины	
	улучшение состояния	без изменений	улучшение состояния	без изменений
1. Смешанный	<b>32</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>38</b>
2. Диффузный	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>20</b>
3. Эргопатический	13	12	4	—
4. Анозогнозический	8	8	2	11
5. Гармоничный	<b>9</b>	—	8	—
6. Сенситивный	7	4	9	13
7. Тревожный	2	4	—	5
8. Меланхолический	—	5	—	2
9. Эгоцентрический	7	13	9	10
10. Другие	3	2	8	1
Всего:	100%		100%	

По словам Г. Браэма, «цвета на самом деле не что иное, как «визуализированные ощущения», согласно М. Люшеру, или, другими словами, результат реакции нервной системы на раздражители» [13, с. 18]. Поэтому интерпретация ассоциаций связана с другими статистически значимыми факторами, в первую очередь — с отношением к болезни и реабилитационным потенциалом. До реабилитации именно эти мужчины ассоциировали себя с красным цветом, что можно интерпретировать как потребность «действовать и добиваться успеха» [14, с. 81], несмотря на достаточно тяжелое клиническое состояние. Реабилитацию эти же клиенты чаще ассоциировали с желтым либо с зеленым цветом, что трактуется как «стремление надеяться» [15, с. 213] и «настойчивость, целеустремленность, сопротивляемость» [Там же]. Таким образом, реабилитация для таких клиентов выступает своеобразным способом самоутверждения. В этой подгруппе клиентов практически половина (49 %) имеет высокий и близкий к высокому реабилитационный потенциал.

В структуру диффузного отношения к болезни у женщин с улучшением состояния после реабилитации входят сенситивный и эргопатический типы. Эти женщины также позиционировали себя до реабилитации как «красных», а «реабилитацию» — как «желтую» и «красную».

Диффузное отношение у мужчин без улучшения состояния состоит из ипохондрического, тревожного и эргопатического типов. Первые два типа имеют интрапсихическую, а третий — интерпсихическую направленность, что трактуется как противоречивое отношение к болезни. В этой подгруппе больше клиентов с I группой инвалидности и с низким и ниже среднего реабилитационным потенциалом. Чаще в этой подгруппе мужчины изначально ассоциировали себя и реабилитацию с зеленым цветом, что можно рассматривать вместе с противоречивым отношением к болезни как «тугоподвижность волевых процессов, ригидность» [15, с. 212].

У женщин без улучшения состояния, имеющих диффузное отношение к болезни, чаще диагностировались апатичный, неврастенический и тревожный типы. Если себя женщины данной подгруппы чаще ассоциировали с красным цветом, то реабилитацию — с фиолетовым, что «характерно для лиц с затрудненной адаптацией, как результат либо еще не сформировавшейся личности, либо как следствие уже наступившего регресса

личности» [Там же. С. 213]. В этой подгруппе большая часть женщин — пенсионного возраста (67 %), они имеют низкий либо ниже среднего реабилитационный потенциал.

Многие исследователи указывают на связь эмоционального состояния и здоровья. Например, Л. И. Иванкина после проведенного социологического исследования группы пожилых людей пишет, что «в ходе анализа достоверно установлено, что в группе оптимистично настроенных респондентов в 1,5 раза больше тех, кто оценил свое здоровье как хорошее (очень хорошее). В группе пессимистично настроенных респондентов в 7 раз больше расценивающих свое здоровье как плохое (очень плохое)» [16, с. 29]. В нашем исследовании также была выявлена принципиальная разница по показателю «эмоциональное состояние до реабилитации» у клиентов с результативностью и без улучшения состояния, что выступает значимым фактором для организации результативного реабилитационного процесса. Так, мужчины с улучшением состояния сразу ассоциировали свое эмоциональное состояние с красным цветом, который М. Люшер рассматривал как «стремление получить результат, добиться успеха» [17, с. 67]. Мужчины без изменений состояния после реабилитации изначально выбирали серый, который рассматривается как «оградительная, защитная реакция» [13, с. 127]. Женщины с улучшением состояния чаще выбирали желтый цвет, который описан следующим образом: «у кого есть надежда, тот выбирает желтый цвет» [Там же. С. 68]. Женщины без изменения состояния после реабилитации чаще выбирали также желтый цвет, но в классическом раскладе он занимал позиции после черного, серого или коричневого цветов, т. е. рассматривался как отвергаемый. Такая позиция описывается М. Люшером как «разбитые надежды, изолированность, разочарование, отсутствие надежды» [17, с. 72].

Рассмотрим результаты факторного анализа, полученные на выборке клиентов, имеющих в анамнезе ОНМК и перенесших COVID-19. Статистически значимые переменные данной группы пациентов принципиально не отличаются от таких же переменных, выявленных для клиентов, перенесших ОНМК. Однако некоторые переменные не вошли как статистически значимые для этой подгруппы клиентов, а переменные «ЦТО «Я» после реабилитации» и «ЦТО «болезнь» до реабилитации» в данной подгруппе статистически значимы.

Таблица 5. Матрица факторной структуры переменных (клиенты, перенесшие COVID)

Переменные	Фактор 1	Фактор 2
Клинический диагноз	<b>0,387800*</b>	
Отношение к болезни	0,298600*	
Результативность	0,380020*	0,432100*
Статус (трудоспособные – пенсионеры)	0,381200*	
Пол	0,335200*	0,321400*
Группа инвалидности	0,367100*	
Реабилитационный потенциал	0,345100*	0,332100*
ЦТО «Я» до реабилитации		0,297400*
ЦТО «Я» после реабилитационного процесса	0,347100*	
ЦТО «Реабилитация» после реабилитационного процесса		0,324000*
ЦТО «Болезнь» до реабилитационного процесса	0,336500*	
ЦТО «Болезнь» после реабилитационного процесса		0,346000*
ЦТО «Эмоциональное состояние» после реабилитации		<b>0,442000*</b>

Примечание: \* — в матрицу внесены только значимые переменные (при  $p \leq 0,05$ ).

Фактор 1 состоит как из «объективных» переменных: клинического диагноза, статуса, пола, группы инвалидности, результативности, так и из переменных, связанных с субъективными оценками клиентов: типом отношения к болезни, реабилитационным

потенциалом, ассоциацией себя до реабилитации и ассоциацией болезни до реабилитации. Самый большой вес отмечен у переменной «клинический диагноз». На втором месте — «возрастные особенности клиентов». Здесь уместно будет обратиться к концепции глобального бремени болезней, которую разработали в конце XX века специалисты Гарвардской школы общественного здравоохранения, Всемирного банка и ВОЗ. Исследователи предложили оценивать показатели «глобального бремени болезни» в годах жизни, утраченных в связи с инвалидностью (англ. disabilityadjusted life years; DALY). Таким образом, в данной концепции предложено учитывать не только преждевременную смертность, но и ухудшение качества жизни вследствие утраты здоровья (англ. years of life lost; YLL). Как пишут российские последователи данной концепции, «при расчёте YLL из-за COVID-19 на 100 000 населения этот показатель был выше у мужчин (104,68), чем у женщин (77,78). У мужчин общее количество YLL, вызванных COVID-19, было самым высоким в возрастной группе 70—79 лет (752 599), в то время как у женщин общее количество YLL, вызванных COVID-19, было самым высоким в возрастной группе 80 лет и старше (664 502)» [18, с. 30]. Авторы делают вывод, что ухудшение качества жизни, вызванное COVID-19, «в основном сосредоточено в популяции лиц пожилого возраста, которые остаются наиболее уязвимой группой, прежде всего, ввиду наличия коморбидной патологии» [Там же. С. 31]. И по данным Росстата, «коронавирусная смертность оказалась сконцентрирована в старших возрастах. Так, почти 57 % умерших от COVID-19 — люди старше 70 лет, 83 % — люди старше 60 лет» [19, с. 13].

Таблица 6. Распределение клиентов, перенесших COVID-19, в зависимости от группы инвалидности и результативности реабилитации (в чел. (%))

Группа инвалидности	Мужчины		Женщины		Σ
	улучшение	без изменений	улучшение	без изменений	
<b>I группа</b>	7 (7%)	<b>7</b> (7%)	2 (3%)	11 (17%)	27 (17%)
<b>II группа</b>	<b>23</b> (24%)	13 (14%)	<b>22</b> (34%)	6 (9%)	64 (40%)
<b>III группа</b>	<b>35</b> (37%)	11 (11%)	15 (23%)	8 (13%)	69 (43%)
<b>Всего в группе:</b>	65 (68%)	31 (32%)	39 (61%)	25 (39%)	160 (100%)
	96 (100%)		64 (100%)		

У клиентов, перенесших ОНМК и COVID, чаще коморбидными заболеваниями были: у женщин пенсионного возраста — полиартрозы, у женщин трудоспособного возраста — онкологические заболевания, у мужчин пенсионного возраста — инфаркты миокарда или несколько ОНМК в анамнезе, у мужчин трудоспособного возраста — ДЦП или последствия черепно-мозговых, спинальных травм. На втором месте — статус (75 % клиентов в данной подгруппе — пенсионного возраста), на третьем — группа инвалидности.

Самое большое число клиентов, перенесших COVID и прошедших реабилитацию в нашем Центре, имеет III группу инвалидности (43 %), на втором месте — клиенты со II группой (40 %). Клиенты, имеющие I группу, составили 17 %.

Опираясь на концепцию глобального бремени болезни, можно предполагать, что результативность реабилитационного процесса у клиентов, перенесших COVID-19, будет значительно ниже, чем у клиентов группы № 1. Однако каждый второй клиент пенсионного возраста (51 %) улучшил свое состояние после реабилитации, причем большая часть этих клиентов — мужского пола, имеющие II и III группы инвалидности. Среди женщин также каждая пятая женщина пенсионного возраста (19 %), имеющая II и III группы инвалидности, улучшила свое состояние после реабилитации в Центре. Каждый десятый трудоспособный клиент мужского пола со II и III группами

инвалидности (10 %) улучшил свое состояние после прохождения реабилитационных мероприятий.

Возникает парадоксальная ситуация: среди клиентов группы № 2 улучшили свое состояние после социальной реабилитации преимущественно клиенты пенсионного возраста.

Таблица 7. Распределение клиентов, перенесших COVID-19, в зависимости от результативности реабилитации, статуса и пола (в чел. (%))

Статус	Улучшение состояния		Без улучшений		Всего
	м	ж	м	ж	
Трудоспособный возраст	15 (10%)	8 (5%)	5 (3%)	12 (7%)	40 (25%)
Пенсионный возраст	<b>50 (31%)</b>	31 (19%)	<b>26 (16%)</b>	13 (9%)	120 (75%)
<b>Итого:</b>	65 (41%)	39 (14%)	31(19%)	25 (16%)	160 (100%)
	104 (65%)		56 (35%)		

Рассмотрим, какие типы отношения к болезни были выявлены в данной подгруппе. На первом месте у мужчин с улучшением состояния после реабилитации — смешанное отношение к болезни, состоящее чаще из сенситивного и эгоцентрического типов. Разработчики ТОБОЛ трактуют типы отношения к болезни достаточно четко. Однако наш опыт взаимодействия с клиентами реабилитационного центра, перенесшими COVID-19, позволяет интерпретировать полученные данные несколько иначе, чем это предлагают коллеги. После диагностики в ходе реабилитации с этими клиентами были проведены клинические беседы на тему «Какой я вижу свою болезнь», а также оказывались социально-психологические услуги (диагностика, коррекция, консультирование). Так, сенситивный тип («озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни... опасения, что окружающие станут считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения» [9, с. 15]) в отношении клиентов, переболевших COVID-19, можно связать с эффектом стигматизации постковидных клиентов, который отмечается многими исследователями. Например, С. Е. Туркулец с коллегами указывает после проведенного исследования, что при ответе на вопрос: «Как вы считаете, что в настоящее время допустимо по отношению к переболевшим коронавирусом (выздоровевшим)?» — ответы распределились следующим образом: «временное ограничение социальных контактов (до 1 месяца)» — 21,9 %, «строгий контроль со стороны соответствующих служб» — 9,8 % [20, с. 20].

Клиенты в беседе сообщали, что достаточно часто соседи и даже родственники избегают их, относятся со страхом и подозрением, иногда позволяют некритические и осуждающие высказывания, работодатели трудоспособных клиентов просят их «посидеть дома» или даже уволиться. Поэтому эгоцентрический тип можно рассматривать как своего рода способ психологической защиты от стигматизации. Тогда «выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием» [9, с. 16] интерпретируется как своеобразный способ адаптации личности, направленный на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта, вызванными стигматизацией.

Таблица 8. Отношение к болезни у клиентов, перенесших COVID-19, в зависимости от результативности реабилитации (в %)

Тип отношения к болезни	Мужчины		Женщины	
	улучшение состояния	без изменений	улучшение состояния	без изменений
1. Смешанный	<b>29</b>	<b>37</b>	8	<b>12</b>
2. Диффузный	—	3	12	—
3. Эргопатический	<b>18</b>	3	11	<b>22</b>
4. Анозогнозический	<b>17</b>	—	<b>13</b>	8
5. Гармоничный	8	—	<b>17</b>	—
6. Сензитивный	<b>24</b>	<b>18</b>	6	<b>34</b>
7. Тревожный	—	11	—	7
8. Меланхолический	—	3	—	2
9. Эгоцентрический	3	10	10	4
10. Паранойяльный	1	<b>15</b>	<b>21</b>	10
11. Другие	0	0	2	1
Всего:	100%	100%	100%	100%

На втором месте в данной подгруппе — сензитивное отношение к болезни. Третье место поделили эргопатический и анозогнозический типы. Эргопатическое отношение к болезни как «стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве» чаще диагностируется у трудоспособных клиентов. У клиентов пенсионного возраста данный тип можно рассматривать как стремление оставаться активным в любой значимой для данного клиента деятельности. Об этом говорят результаты ЦТО.

Современные исследования цветового восприятия COVID-19 позволяют выдвинуть гипотезу о специфических ассоциациях по отношению как к своему эмоциональному состоянию, так и к реабилитационному процессу на основании опыта перенесенной инфекции. Интересное исследование провели сотрудники «Лаборатории цвета» Смоленского государственного университета, которые установили, что «разные по своим оптическим свойствам образы коронавируса, с точки зрения цветовой репрезентации эмоциональной энергии, составляли одну категорию и могли совершенно свободно замещать друг друга, не искажая общего эмоционального смысла всей цветовой композиции» [21, с. 319], причем «в возрастной группе старше 50 лет эмоциональный отклик оказался более сильным», чем в младших возрастных группах. Авторы выявили связь между цветом и эмоциональным откликом на COVID-19, подчеркнув «высокий уровень практически всех негативных эмоций в разных возрастных группах: у молодых участников эксперимента доминировало отвращение, респонденты в возрасте 30—49 лет чаще всего испытывали интерес, у людей старше 50 лет преобладал страх» [Там же. С. 322]. Отвращение, которое известный психолог С. Миллер назвала «эмоцией-привратником» [22, с. 11] — или его еще можно назвать «поведенческим расширением иммунной системы», — прямо связано с коричневым цветом по М. Люшеру. Именно этот цвет предпочли практически все клиенты трудоспособного возраста, ассоциируя себя до реабилитации.

Черный цвет как показатель страха характерен в выборе клиентов пенсионного возраста при ассоциации себя до реабилитации. Многие авторы указывают, что «пожилые люди в период пандемии испытывают страх за себя, за здоровье близких, боятся незнания и бездействия. Их пугают экономические последствия эпидемии. Они

боятся, что изменится общество и станет другой их повседневная жизнь» [21, с. 323]. Видимо, и наши клиенты, несмотря на улучшение состояния после реабилитации, опасаются ситуации неопределенности, которая усиливается противоречивой позицией властей и средств массовой информации. Как подчеркнули Ю. А. Грибер и Е. Е. Сухова в выводах, «парадоксальным образом попытки информационных медиа вызвать интерес оборачиваются совершенно другой стороной. Сливаясь с отвращением, такие качества информации, как новизна, неопределенность, необычность и неизвестность, которые обычно хорошо работают для привлечения внимания, вызывают иную, в данном случае противоположную эмоцию — страх, а большой поток похожих по содержанию информационных сообщений играет в этом процессе роль катализатора» [Там же. С. 324]. Именно эти переживания положены в основу концепции глобального бремени болезней.

Анозогностическое отношение также можно интерпретировать по-другому. Так, Л. И. Анцыферова в свое время, описывая выбор стратегии совладания с травмирующим событием, утверждала, что главным результатом оценивания ситуации является заключение человека о том, подконтрольна ли ему ситуация, или же он не сможет ее изменить. Если человек считает ситуацию неподконтрольной себе, копинг-поведение ориентируется на изменение психического состояния путем использования психологических защит [23, с. 12]. В ситуации пост-COVID, которая сама по себе — достаточно серьезное испытание для человека, данное отношение к болезни можно трактовать как специфическую психологическую защиту (вытеснение или отрицание), т.к. оно позволяет психике клиента активизировать ресурсы для успешной реабилитации.

Разработчиками методики ТОБОЛ такое отношение к болезни отнесено к адаптивному типу, при котором «психологическая и социальная адаптация существенно не нарушается» [9, 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» [Там же. С. 14]. Анализ вопросов методики ТОБОЛ, ориентированных на анозогностический тип отношения к болезни, позволяет составить краткое описание актуального состояния таких клиентов. Они считают себя бодрыми и полными сил, здоровыми, с хорошим настроением, не нуждающимися в дальнейшем лечении. При высоком реабилитационном потенциале, который диагностирован у 45% клиентов данной подгруппы, перенесенное инфекционное заболевание, коморбидное ОНМК, не рассматривается клиентом как мешающее определенной активной деятельности и общению с близкими.

У женщин с улучшением состояния после реабилитации на первом месте находится паранойяльное отношение к болезни, которое может быть интерпретировано иначе, чем в методике. Так, в ТОБОЛ этот тип трактуется как «уверенность, что болезнь — результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Обвинения и требования наказаний в связи с этим» [Там же. С. 16]. Авторы относят данный тип к третьему дезадаптивному блоку, который характеризуется как «паранойяльного характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения с гетерогенными агрессивными тенденциями» [Там же. С. 17]. Однако в ситуации пандемии инфицирование произошло либо воздушно-капельным, либо контактным путем при взаимодействии с уже болеющим человеком. Поэтому уверенность, что больной человек не соблюдал эпидемиологические требования и заразил клиента, не может быть рассмотрена как адаптивный вариант отношения к своему заболеванию.

Второе место в данной подгруппе занимает гармонический тип как демонстрация адекватного отношения к своему состоянию. На третьем месте — анозогностическое отношение, причем у большинства женщин с таким отношением к своей болезни отмечен высокий и выше среднего реабилитационный потенциал. Эти женщины

ассоциируют себя с красным цветом, который обычно находится либо на первой, либо на второй позиции в классическом раскладе М. Люшера.

В ходе клинических бесед всем клиентам задавался вопрос о любых видах активности, которыми клиенты занимаются дома. Как оказалось, большинство клиентов пенсионного возраста либо проживают в частном секторе, либо имеют садовый участок. Таким образом, практически у всех клиентов пенсионного возраста существует необходимость поддерживать приусадебный или садовый участок в порядке. Среди клиентов трудоспособного возраста практически все клиенты ориентированы на получение пенсии и/или помощь родственников, т. е. в данной подгруппе можно предполагать наличие рентных установок по поводу наличия статуса «инвалид».

У мужчин без изменения состояния после реабилитации на первом месте находится смешанный тип, чаще состоящий из анозогнозического и сенситивного типов. Традиционно анозогнозия трактуется как «нежелание или неспособность распознавать расстройство или болезнь и соответственно вести себя» [12]. Проанализировав клинико-психологические особенности этих клиентов, можно сказать, что большинство мужчин имеют I группу инвалидности, что свидетельствует о тяжести клинического состояния, поэтому в данном случае нельзя говорить о специфическом варианте психологической защиты. Для этих клиентов характерен низкий или близкий к таковому реабилитационный потенциал. По результатам ЦТО, себя они ассоциируют чаще с серым или синим цветом, которые в классическом раскладе М. Люшера стоят у данных клиентов на последних местах, что рассматривается как отвергаемая позиция: «Человек, не принимающий синий цвет, бежит от отдыха и покоя, он не может позволить себе ни малейшей паузы, т. к. думает, что именно в этот момент случится что-то важное» [13, с. 53]. Данная ситуация может привести к депрессивным состояниям «как невротического, так и психотического уровня, лавированным депрессиям в виде соматических синдромов» [14, с. 155].

У женщин без изменения состояния после реабилитации на первом месте находится сенситивное отношение к болезни. В данной подгруппе, по результатам ЦТО, женщины чаще ассоциировали себя с красным цветом, однако большая часть этих женщин в классическом раскладе ставила красный на последние позиции. Таким образом, для них красный цвет — отвергаемый, что рассматривается как «беспокойство и раздражение, стремление избавиться от напряжения, ожидания, расслабиться» [13, с. 34–35]. На втором месте — эргопатическое отношение к своей болезни как стремление продолжать активность. Однако среди этих женщин практически у каждой второй отмечается низкий уровень реабилитационного потенциала. Именно эти женщины ассоциируют себя при начале реабилитации с серым цветом, что трактуется как «отсутствие расположенности в чем-либо участвовать, желание избегать любых воздействий, т. к. этому человеку пришлось перенести слишком много утомляющих и изнуряющих воздействий, поэтому он хочет защиты и стремится ни во что не вмешиваться» [15, с. 108]. Такое сочетание эргопатического отношения к болезни и ассоциации себя с серым может рассматриваться как «компенсаторное поведение», которое отмечено Л. Н. Собчик, через прямую корреляцию со шкалами 0, 2 ММРІ и обратно-пропорциональную корреляцию со шкалой 9, что «выявляет состояние выраженного стресса, это может быть высоким уровнем дезадаптации» [Там же. С. 87]. Как известно, шкала 2 («пессимистичность») выявляет преобладание пассивной личностной позиции. Ведущая мотивационная направленность у таких клиентов — избегание неуспеха. Для них свойственны следующие особенности: высокий уровень осознания имеющихся проблем через призму неудовлетворенности и пессимистической оценки своих перспектив; склонность к раздумьям, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний, аналитический склад ума, скептицизм, самокритичность, некоторая неуверенность в себе и своих возможностях. Эти клиенты отличаются наибольшей ранимостью по отношению к жизненным невзгодам, стремлением осмыслить и «оттормозить» собственные непосредственные порывы, уйти от конфронтации с жестокими законами реальной жизни в связи с пессимистической оценкой своих

возможностей при противодействии стеничным установкам окружающих. Шкала 9 («оптимистичность»), по мнению Л. Н. Собчик, имеет обратную корреляционную связь с выбором серого цвета, что может означать «низкий уровень жизнелюбия, негативную самооценку, неуверенность в себе, низкий уровень мотивированности» [Там же. С. 110] — мотивированности в том числе и на реабилитацию.

Обращает на себя внимание выявленный факт отсутствия в группах клиентов с гармоническим отношением к болезни без изменения состояния после реабилитации.

**Второй фактор** назван «Психологические показатели, влияющие на результативность реабилитации». Статистически значимыми переменными в данном факторе оказались: пол клиентов, результативность, реабилитационный потенциал, результаты ЦТО после реабилитации («Реабилитация», «Болезнь», «Эмоциональное состояние»). Самый большой вклад в формирование данного фактора внесла переменная «эмоциональное состояние после реабилитации». Каждый третий мужчина с улучшением состояния после реабилитации ассоциировал свое эмоциональное состояние при завершении реабилитации как красное, каждая вторая женщина с результативностью реабилитационного процесса — как желтое. Практически все клиенты (87 % мужчин и 98 % женщин) без изменения состояния после реабилитации выбирали фиолетовый цвет, который трактуется как «беспокойный, эмоционально напряженный» [11, с. 12]. Л. Н. Собчик так описывает данный цвет: «затрудненная адаптация, близкая к первым ступеням дезадаптивного состояния, которое также может быть связано с расшатыванием адаптационного барьера в связи с длительным эмоциональным напряжением» [15, с. 212], что сигнализирует о сложностях прохождения реабилитации данными клиентами.

Интересны результаты по изменению ассоциации своей болезни при поступлении на реабилитацию и после нее. Так, изначально практически все клиенты ассоциировали свою болезнь с черным цветом, что связано в том числе и с архетипической символикой этого цвета. «Черный цвет в первую очередь ассоциируют с болезнями, упадком и смертью. Самые страшные болезни Средневековья назывались «черными»: «черная чума», «черная оспа». Да и сама болезнь была «черной», — писал Г. Браэм [13, с. 108]. Ассоциации болезни в дальнейшем принципиально отличались у клиентов с улучшением состояния от результатов клиентов без улучшения состояния после реабилитации. Так, женщины с улучшением состояния чаще ассоциировали свою болезнь с зеленым цветом, мужчины — с серым. Зеленый рассматривается в европейской культуре как «основополагающий цвет, цвет человеческого «Я», а точнее — человеческой борьбы за жизнь» [Там же. С. 79]. Т.е. для женщин болезнь после реабилитации ассоциирована с «твердостью, упорством, последовательностью» [Там же. С. 81], что, с точки зрения семантики, «синонимично понятию «безопасность» [Там же. С. 85] и, скорее всего, в представлениях женщин, позволит им справиться с последствиями заболеваний. Серый цвет трактуется как своеобразная маскировка: «человек готов к борьбе с трудностями, но в данный момент бережет силы, потому что опасность еще далеко» [Там же. С. 128].

Мужчины без улучшения состояния чаще ассоциировали болезнь с красным, причем в классическом раскладе этот цвет занимал последние позиции, что трактуется как «стремление избавиться от напряжения, успокоиться» [Там же. С. 34–35], или же с черным цветом. Женщины чаще выбирали желтый цвет, который также в классическом раскладе занимал последние позиции, что описывается как «отсутствие надежды, страх» [Там же. С. 68].

Отношение к реабилитационному процессу также различалось в подгруппах клиентов с результативностью и без улучшения состояния. Так, мужчины с улучшением состояния чаще воспринимали реабилитацию после прохождения курса как красную и желтую, что трактуется М. Люшером как «желание свободно развиваться, побеждать и жить насыщенной жизнью» [17, с. 113]. Женщины с улучшением состояния чаще

выбирали по этому показателю красный и зеленый цвета, символизирующие «упорство в поставленных целях, преодоление препятствий, с которыми сталкиваются» [Там же. С. 112–113]. На основании такого выбора можно сделать вывод о качественно осуществленном реабилитационном процессе.

Оценка реабилитационного процесса клиентами без улучшения состояния сходна с результатами в подгруппе клиентов с улучшением состояния. Так, мужчины чаще воспринимали реабилитацию как красную и зеленую, но эти цвета в классическом раскладе М. Люшера в основном стояли на последних позициях. Женщины ассоциировали реабилитацию также с красным цветом, чаще отвергаемом при классическом раскладе, что подтверждает неадекватность оценки данными клиентами своего состояния после реабилитации (все клиенты без улучшения состояния после реабилитации, как правило, благодарят специалистов и уверяют, что им стало лучше). Данная ситуация может в будущем осложняться желанием этой группы клиентов продолжить вести прежний образ жизни, что, скорее всего, ухудшит их клиническое состояние.

И мужчины, и женщины без улучшения состояния ассоциировали свое эмоциональное состояние после получения реабилитационных услуг как фиолетовое. По М. Люшеру, это «скорее, из разряда нереального, когда желаемое выдается за действительное, что может означать отсутствие способности различать действительность или нерешительность» [Там же. С. 74], что можно рассматривать как неадекватную самооценку. Если мужчины трудоспособного возраста в данной подгруппе ассоциируют себя после реабилитации чаще с желтым цветом, то мужчины пенсионного возраста — с красным цветом, и оба цвета в классическом раскладе занимают последние места.

## **Выводы**

Результаты, полученные на выборке клиентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, позволяют сделать следующие выводы:

1. В группе № 1 (перенесших ОНМК) чаще улучшают свое состояние после реабилитации трудоспособные клиенты, имеющие II и III группы инвалидности. В группе № 2 (перенесших ОНМК и COVID-19) реабилитация результативнее проходит у клиентов пенсионного возраста. Можно предполагать, что клиенты трудоспособного возраста в группе № 2 демонстрируют рентные установки, а клиенты пенсионного возраста чаще озабочены необходимостью поддержания личных приусадебных и/или садовых участков, что увеличивает их активность. Именно наличие различных активностей повышает жизнеспособность клиентов пенсионного возраста, перенесших COVID-19. Однако мы считаем, что выявленный парадокс требует дальнейшего исследования, т. к. можно предположить, что активное расходование ресурсов, существующих у клиентов пенсионного возраста (как физиологических, так и психологических), может быстро истощить их и привести к клиническим и психологическим осложнениям.

2. Клинико-психологическая картина клиентов, перенесших COVID-19, отличается от таковой у клиентов, имеющих в анамнезе только ОНМК. Так, трактовка отношения к болезни постковидных клиентов не всегда интерпретируется по классическому образцу, предлагаемому разработчиками методики ТОБОЛ. Сенситивный тип иногда оказывается связан с эффектом стигматизации, проявляемым по отношению к таким клиентам. Паранойяльное отношение может быть адекватным и связываться клиентами с распространением инфекции воздушно-капельным путем и несоблюдением санитарно-гигиенических норм как самими клиентами, так и их окружением.

3. Бессознательные ассоциативные выборы (ЦТО Эткинда) в начале реабилитационного процесса позволяют корректировать психологическое состояние клиентов

через назначение социально-психологических услуг, направленных на коррекцию мотивированности на реабилитацию и эмоционального состояния этих клиентов.

Исследования клинико-психологических особенностей пациентов, перенесших COVID-19, только разворачиваются, поэтому считаем, что результаты нашего исследования послужат отправной точкой дальнейших, более глубоких разработок, и это позволит определять и корректировать реабилитационный маршрут таких клиентов.

#### Список источников

1. Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танащян М.М. Инсульт: пошаговая инструкция. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с.
2. Минздрав: смертность от ССЗ за 10 месяцев 2020 года выросла на 6,6% [Электронный ресурс] // *Vademecum*. – 2020. – URL: <https://vademec.ru/news/2020/11/27/minzdrav-smertnost-ot-ssz-za-10-mesyatsev-2020-goda-vyroslo-na-6-6> (дата обращения: 02.10.2021).
3. Программа восстановления социально-психологического статуса и социальной активности лиц трудоспособного возраста, перенесших ургентные состояния (инсульты), повлекшие стойкие изменения здоровья, в т.ч. инвалидность / авт.-сост. И.И. Чигарова. – Казань: Веда, 2013. – 128 с.
4. Spurgeon L., James G., Sackley C. The Hospital Anxiety and Depression Scale: a pilot study to examine its latent structure and the link between psychological state and symptom severity in transient ischaemic attack patients // *Psychol Health Med*. – 2016. – Vol. 21, no. 5. – P. 632–638. doi: 10.1080/13548506.2015.1074711
5. Spurgeon L., James G., Sackley C. Subjective experiences of transient ischemic attack: a repertory grid approach // *Disabil. Rehabilitation*. – 2013. – Vol. 35, no. 26. – P. 2205–2212.
6. Feasibility and Effects of Cardiac Rehabilitation for Individuals after Transient Ischemic Attack / S. Marzolini, C. Danells, P.I. Oh [et al.] // *J. Stroke Cerebrovasc Dis*. – 2016. – Vol. 25, no. 10. – P. 2453–2463. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.06.018
7. Неврологические и психические расстройства, ассоциированные с COVID 19 / Л.Б. Новикова, А.П. Акопян, К.М. Шарапова [и др.] // *Артериальная гипертензия*. – 2020. – Т. 26, № 3. – С. 317–326. doi: 10.18705/1607-419X-2020-26-3-317-326
8. Differential impact of COVID-19 related lockdown on mental health in Germany / K.F. Ahrens, R.J. Neumann, B. Kollmann [et al.] // *World Psychiatry*. – 2021. – Vol. 20, no. 1. – P. 141–141. doi: 10.1002/wps.20830
9. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / авт.-сост. Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова [и др.]. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 33 с.
10. Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях // *Культурно-историческая психология*. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 50–60.
11. Эткин А.М. Цветовой тест отношений (ЦТО) // *Общая психодиагностика* / А.А. Бодалев, В.В. Столин, В.С. Аванесов [и др.]. – СПб.: Речь, 2006. – С. 221–227.
12. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). – Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; СПб.: Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2001. – 346 с.
13. Браэм Г. Психология цвета / пер. с нем. – М.: АСТ: Астрель, 2011. – 158 с.
14. Бреслав Г.Э. Цветопсихология и цветолечение для всех. – СПб.: Б&К, 2000. – 212 с.
15. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности: Теория и практика психодиагностики. – 3-е изд., испр. – М.: Институт прикладной психологии, 2000. – 511 с.
16. Иванкина Л.И. Фактор эмоционального настроения в поддержании здоровья людьми пожилого возраста (по данным социологического опроса) // *Клиническая геронтология*. – 2017. – Т. 23, № 9-10. – С. 28–29.

17. Люшер М. Цветовой тест Люшера. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2007. – 190 с.
18. Социально-экономическое и глобальное бремя COVID-19 / А.С. Колбин, Ю.М. Гомон, Ю.Е. Балыкина [и др.] // Качественная Клиническая Практика. – 2021. – № 1. – С. 24–34. doi: 10.37489/2588-0519-2021-1-24-34
19. Естественное движение населения Российской Федерации – 2020 г. [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/11110/document/13269> (дата обращения: 21.11.2021).
20. Социальная стигматизация в период пандемии / С.Е. Туркулец, А.В. Туркулец, Е.В. Листопадова [и др.] // Социодинамика. – 2020. – № 5. – С. 11–25. doi: 10.25136/2409-7144.2020.5.32945
21. Грибер Ю.А., Сухова Е.Е. Цвет как инструмент управления эмоциями в публикациях о пандемии COVID-19 в русскоязычных онлайн-СМИ // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2020. – № 6. – С. 307–328. doi: 10.14515/monitoring.2020.6.1745
22. Miller S.B. Disgust: The Gatekeeper Emotion. London: Routledge, 2004. 224 p.
23. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15, № 1. – С. 3–18.
24. Оксфордский толковый словарь по психологии / под ред. А. Ребера. – М.: Вече; АСТ, 2002.
25. Сравнительная характеристика показателей заболеваемости ишемическим и геморрагическим инсультом в России / П.А. Мачинский, Н.А. Плотникова, В.Е. Ульянов [и др.] // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2019. – № 2 (50). – С. 112–132. doi: 10.21685/2072-3032-2019-2-11

### References

1. Piradov M.A., Maksimova M.Yu., Tanashyan M.M. *Insul't: poshagovaya instruktsiya*. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2019. 272 p. (In Russ.).
2. Minzdrav: smertnost' ot SSZ za 10 mesyatsev 2020 goda vyrosla na 6,6%. *Vademecum*, 2020. (In Russ.). Available at: [https://vademec.ru/news/2020/11/27/min\\_zdrav-smertnost-ot-ssz-za-10-mesyatsev-2020-goda-vyrosla-na-6-6](https://vademec.ru/news/2020/11/27/min_zdrav-smertnost-ot-ssz-za-10-mesyatsev-2020-goda-vyrosla-na-6-6) (accessed 2 October 2021).
3. Chigarova I.I. *Programma vosstanovleniya sotsial'no-psikhologicheskogo statusa i sotsial'noi aktivnosti lits trudospobnogo vozrasta, perenesshikh urgentnye sostoyaniya (insul'ty), povlekshie stoikie izmeneniya zdorov'ya, v t.ch. invalidnost'*. Kazan', Veda Publ., 2013. 128 p. (In Russ.).
4. Spurgeon L., James G., Sackley C. The Hospital Anxiety and Depression Scale: a pilot study to examine its latent structure and the link between psychological state and symptom severity in transient ischaemic attack patients. *Psychol Health Med*, 2016, vol. 21, no. 5, pp. 632–638. doi: 10.1080/13548506.2015.1074711
5. Spurgeon L., James G., Sackley C. Subjective experiences of transient ischemic attack: a repertory grid approach. *Disabil. Rehabilitation.*, 2013, vol. 35, no. 26, pp. 2205–2212.
6. Marzolini S., Danells C., Oh P.I., Jagroop D., Brooks D. Feasibility and Effects of Cardiac Rehabilitation for Individuals after Transient Ischemic Attack. *J. Stroke Cerebrovasc Dis.*, 2016, vol. 25, no. 10, pp. 2453–2463. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.06.018
7. Novikova L.B., Akopyan A.P., Sharapova K.M., Latypova R.F. Nevrologicheskie i psikhicheskie rasstroistva, assotsirovannye s COVID 19. *Arterial'naya gipertenziya*, 2020, vol. 26, no. 3, pp. 317–326. (In Russ.). doi: 10.18705/1607-419X-2020-26-3-317-326
8. Ahrens K.F., Neumann R.J., Kollmann B., Plichta M.M., Lieb K. Tüscher O., Reif A. Differential impact of COVID-19 related lockdown on mental health in Germany. *World Psychiatry*, 2021, vol. 20, no. 1, pp. 141–141. doi: 10.1002/wps.20830

9. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: Posobie dlya vrachei*. St. Petersburg, SPb NIPNI im. V.M. Bekhtereva Publ., 2005. 33 p. (In Russ.).
10. Kulagina I.Yu., Senkevich L.V. Rehabilitation Potential of Personality in Various Chronic Conditions. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural Historical Psychology], 2015, vol. 11, no. 1, pp. 50–60. (In Russ.).
11. Etkind A.M. Tsvetovoi test otnoshenii (TsTO). In: A.A. Bodalev A.A., Stolin V.V., Avanesov V.S., et al. *Obshchaya psikhodiagnostika*. St. Petersburg, Rech' Publ., 2006, pp. 221–227. (In Russ.).
12. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeya-tel'nosti i zdorov'ya (MKF)* [The International Classification of Functioning, Disability and Health]. Zheneva, WHO; St. Petersburg, Institut usovershenstvovaniya vrachei-ekspertov Publ., 2001. 346 p.
13. Braem G. *Psikhologiya tsveta*. Moscow, AST: Astrel' Publ., 2011. 158 p. (In Russ.).
14. Breslav G.E. *Tsvetopsikhologiya i tsvetolechenie dlya vsekh*. St. Petersburg, B&K Publ., 2000. 212 p. (In Russ.).
15. Sobchik L.N. *Vvedenie v psikhologiyu individual'nosti: Teoriya i praktika psikhodiagnostiki* (3rd edition). Moscow, Institut prikladnoi psikhologii Publ., 2000. 511 p. (In Russ.).
16. Ivankina L.I. Faktor emotsional'nogo nastroya v podderzhanii zdorov'ya lyud'mi pozhilogo vozrasta (po dannym sotsiologicheskogo oprosa). *Klinicheskaya gerontologiya*, 2017, vol. 23, no. 9–10, pp. 28–29. (In Russ.).
17. Lyusher M. *Tsvetovoi test Lyushera*. Moscow, AST Publ.; St. Petersburg, Sova Publ., 2007. 190 p. (In Russ.).
18. Kolbin A.S., Gomon Yu.M., Balykina Yu.E., Belousov D.Yu., Strizheletskiy V.V., Ivanov I.G. Socioeconomic and global burden of COVID-19. *Kachestvennaya Klinicheskaya Praktika* [Good Clinical Practice], 2021, no. 1, pp. 24–34. (In Russ.). doi: 10.37489/2588-0519-2021-1-24-34
19. Estestvennoe dvizhenie naseleniya Rossiiskoi Federatsii – 2020 g. *Federal'naya sluzhba gosudarstvennoi statistiki*. (In Russ.). Available at: <https://rosstat.gov.ru/folder/11110/document/13269> (accessed 2 November 2021).
20. Turkulets S.E., Turkulets A.V., Listopadova E.V., Sokol'skaya M.V. Sotsial'naya stigmatizatsiya v period pandemii. *Sotsiodinamika*, 2020, no. 5, pp. 11–25. (In Russ.). doi: 10.25136/2409-7144.2020.5.32945
21. Griber Yu.A., Sukhova E.E. Color as a tool to manage emotions in the russian online media publications about COVID-19 pandemic. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny* [Monitoring o Publi Opnion Economi and Social Changes], 2020, no. 6, pp. 307–328. (In Russ.). doi: 10.14515/monitoring. 2020.6.1745
22. Miller S.B. *Disgust: The Gatekeeper Emotion*. London, Routledge, 2004. 224 p.
23. Antsyferova L.I. Lichnost' v trudnykh zhiznennykh usloviyakh: pereosmyslivanie, preobrazovanie situatsii i psikhologicheskaya zashchita. *Psikhologicheskii zhurnal*, 1994, vol. 15, no. 1, pp. 3–18. (In Russ.).
24. Reber A., ed. *Oksfordskii tolkovyi slovar' po psikhologii*. Moscow, Veche Publ.; AST Publ., 2002. (In Russ.).
25. Machinskii P.A., Plotnikova N.A., Ul'yankin V.E., Rybakov A.G., Makeev D.A. Sravnitel'naya kharakteristika pokazatelei zaboлеваemosti ishemicheskim i gemorragicheskim insul'tom v Rossii. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedenii. Povolzhskii region. Meditsinskie nauki*, 2019, no. 2, pp. 112–132. (In Russ.). doi: 10.21685/2072-3032-2019-2-11

#### Информация об авторе

Татьяна Владимировна Рогачева — доктор психологических наук, заведующая отделением реабилитационной диагностики и мониторинга.

**Information about the author**

Tatiana V. Rogacheva – Doctor of Psychology, Head of the Department of Rehabilitation Diagnostics and Monitoring.

Статья поступила в редакцию 10.02.2022; прошла рецензирование 05.06.2022; опубликована 06.07.2022.

The article was received 10.02.2022; reviewed on 05.06.2022; published on 06.07.2022.