

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ

Рогачева Т.В.

Рогачева Татьяна Владимировна

доктор психологических наук, заведующая отделением реабилитационной диагностики и мониторинга; государственное автономное учреждение Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов», ул. Белинского, 173а, Екатеринбург, 620089, Россия. Тел.: 8 (343) 270-88-19.

E-mail: TVRog@yandex.ru

Аннотация. В статье предлагается анализ различных направлений диагностики: медицинской, педагогической, психологической, экспертной, реабилитационной. Указаны основные показатели диагностических процедур: позиция пациента/клиента, время проведения, необходимость выявления личностных особенностей, характер диагностики, результат. Подчеркивается принципиальное отличие реабилитационной диагностики, которое связано с необходимостью определения результативности реабилитационного процесса.

Ключевые слова: медицинская реабилитация; социальная реабилитация; реабилитационная диагностика; результативность.

УДК 159.9:616-036.868

Библиографическая ссылка

Рогачева Т.В. Теоретическое обоснование и практические возможности реабилитационной диагностики // Медицинская психология в России. – 2021. – Т. 13, № 2. – С. 6. doi: 10.24412/2219-8245-2021-2-6

Поступила в редакцию: 12.01.2021 Прошла рецензирование: 30.01.2021 Опубликовано: 18.03.2021

Первый вопрос, который возникает при прочтении названия статьи, — зачем еще один вариант диагностики? Если говорить о практике организации реабилитационного процесса в РФ, то чаще всего вспоминается медицинская реабилитация и, следовательно, медицинская диагностика. В соответствии с нормативными правовыми документами [23] медицинская реабилитация под руководством врача по физической и реабилитационной медицине/врача по медицинской реабилитации включает:

- оценку реабилитационного статуса пациента и его динамики;
- установление реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации;
- оценку реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени;
- формирование цели и задач проведения реабилитационных мероприятий;
- оценку факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий;

- формирование и реализацию индивидуального плана медицинской реабилитации (ИПМР);
- оценку эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий;
- составление заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

За рубежом вопросы медицинской диагностики в реабилитационном процессе уже достаточно давно решаются в комплексных бригадах, состав которых различается. Как правило, разные реабилитационные центры специализируются на одной либо близких нозологических формах. Так, в Германии существует около 200 специализированных центров, ориентированных на реабилитацию пациентов с заболеваниями системы кровообращения, диабетом, ревматизмом и пр. В США активно развиваются гериатрические реабилитационные центры. В Финляндии реабилитационные центры функционируют в составе центров здравоохранения. Например, в общине Sipoo кроме стационарной формы обслуживания общего профиля есть отделение на 40 коек для реабилитации лиц престарелого возраста после перенесенных инсультов [18, с. 176]. Основная задача специалистов, участвующих в реабилитационном процессе, — оценить изменения в функционировании организма и его структур и выявить возможности пациента (что он может делать в стандартном и обычном окружении).

В России диагностические процедуры в медицинской реабилитации также проводятся, как правило, мультидисциплинарными бригадами. В методических рекомендациях Союза реабилитологов России указано, что «на каждого участника мультидисциплинарной бригады возлагаются функциональные обязанности, связанные с оценкой состояния пациента в рамках компетенции специалиста» [22]. Г. Н. Пономаренко в Национальном руководстве по реабилитации подтверждает, что «обследование может производиться только междисциплинарной бригадой специалистов, в состав которой могут входить невролог, терапевт или педиатр, ортопед, офтальмолог, оториноларинголог, психолог, психиатр, социальный работник и другие специалисты» [25, с. 88]. Каждый из специалистов диагностирует актуальное состояние пациента относительно относящейся к его компетенции нозологии, и после обсуждения выставляется реабилитационный диагноз. Стоит оговориться, что полный состав такой бригады в российской практике скорее рекомендация, нежели реальность.

В Приказе Минздрава № 788н также указано, что «медицинская реабилитация на всех этапах осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой» [23], причем на каждом этапе медицинской реабилитации состав бригады меняется. Так, если на первом этапе состав бригады формируется «из числа работников отделения ранней медицинской реабилитации, ... оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь» [Там же], на втором этапе в состав бригады входят специалисты других отделений, к которым относятся «отделения медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, отделения медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы, отделения медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями, созданные в медицинских организациях, в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях» [Там же], то на третьем этапе это могут быть «работники амбулаторного отделения медицинской реабилитации и (или) дневного стационара медицинской реабилитации» [Там же]. Для практического исполнения данного Приказа возникнет очень много вопросов. Во-первых, как тот объем реабилитационных мероприятий, в том числе диагностические процедуры, которые утверждены в Приказе, будут выполнены на первом этапе медицинской реабилитации. Во-вторых, как разные специалисты из

разных медицинских учреждений будут передавать результаты диагностики и показатели эффективности реабилитационного процесса (например, врачи из стационара города № врачам санатория). В-третьих, не будут ли специалисты, входящие в состав междисциплинарной бригады, мешать врачам, оказывающим высокотехнологичную помощь на первом этапе медицинской реабилитации? В-четвертых, какие функции выполняет специалист без медицинского образования на первом этапе медицинской реабилитации? В-пятых, где взять такое количество врачей по физической и реабилитационной медицине/медицинской реабилитации? Так, на сайте Международной академии медицинской реабилитации указано, что «переход на новую специальность будет осуществляться постепенно с 1 сентября 2020 года. Федеральное ведомство собирается ввести программы по профессиональной переподготовке и подготовке специалистов в этой сфере. Чтобы стать врачом физической и реабилитационной медицины, нужно будет отучиться в ординатуре мединститута три года» [16], в ведущем «Федеральном научном центре реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты РФ таких форм подготовки на сегодняшний день нет.

В Федеральном законе [31] направлениями реабилитации определены:

- медицинская реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональная ориентация, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственная адаптация;
- социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация, социально-бытовая адаптация;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

То есть существует необходимость при проведении реабилитационных мероприятий учитывать и другие направления реабилитации и абилитации.

Например, в мультидисциплинарной бригаде работает психолог, который осуществляет психодиагностику. Психологический диагноз — это «краткое емкое определение (1) актуального состояния психической системы или отдельных ее параметров, (2) обуславливающие особенности поведения и деятельности конкретного человека, представленное в виде обозначающей это состояние диагностической категории (понятия) или утверждения (умозаключения), (3) на основе которого возможно прогнозирование дальнейшего развития (будущего состояния) и (4) формулирование рекомендаций в рамках поставленных психологических задач» [14, с. 203].

Появление психологов в медицине и реабилитации заставило по-новому посмотреть на особенности психологического диагноза. Психологический диагноз в реабилитации отражает структурные особенности и изменения личности в системе социального опыта пациента. Это своеобразный синтез клинической и психологической оценки пациента в реальных условиях его жизнедеятельности в значимых для его адаптации ситуациях. Как указывает О.Ю. Щелкова, «психологическая диагностика в клинике предваряет и оценивает результат активных социопсихологических мероприятий (психотерапии, психокоррекции, социально-психологического тренинга), ... а выявленные нарушения подвергаются клиническому осмыслению и служат объектом («мишенями») терапевтических и социовосстановительных мероприятий» [37, с. 81]. В данном виде диагностики как раз требуется активное включение диагностируемого человека в процесс, т. к. при проведении «сама процедура измерения взаимодействует с «объектом» измерения, более того, рождается в этом взаимодействии, зависит от его характеристик и «портится», если эти характеристики меняются» [19, с. 16].

Рядом с психологической диагностикой стоит и педагогическая диагностика. В реабилитационном процессе этот вид диагностики применяется в основном логопедами и дефектологами в ситуациях нарушений сенсорных систем и/или ментальных нарушений клиентов. Наиболее продуктивной среди различных педагогических теорий, объясняющих функции педагогической диагностики, является концепция педагогической антропологии, предложенная В. И. Слободчиковым и Е. И. Исаевым, Б. М. Бим-Бадом и многими другими. Предлагаемая данными авторами концепция позволяет расширить поле возможностей педагогической науки, центральным компонентом которой становится сам человек в его взаимосвязях с окружающим миром и с самим собой. Таким образом, самым существенным является «не вписывание индивида в наличный социум, а развитие его субъектности» как «родовой способности человека к преобразованию мира и себя в мире» [26], т. е. сам человек с его индивидуальными особенностями и возможностями, а педагогическая задача заключается в поиске технологий и методов, активизирующих внутренние ресурсы человека и внешние помогающие факторы. Такой подход дает возможность включить в традиционный круг педагогических проблем такие новые явления, как лечебная педагогика и реабилитация.

Попробуем, используя современные педагогические наработки, продемонстрировать место педагогической диагностики в реабилитации. Считаем интересным подход А. А. Остапенко, который выделил три типа педагогической диагностики, представив типологию в таблице (см. таб. 1).

Таблица 1

Виды развития и типы педагогической диагностики*

Тип процесса	Тип педагогической диагностики	Определение: <i>Диагностика ... — это инструмент определения границ и степени соответствия ...</i>
Созревание	Диагностика нормативности	Между нормальностью и аномальностью
Формирование	Диагностика качества	Между предполагаемым и реальным
Преобразование (становление)	Диагностика потенциала	Между возможным и достигнутым
Переход	Диагностика готовности	Между результатом в предыдущей системе и начальными условиями последующей

Примечание: * — см. [20, с. 6].

Подчеркивая, что «диагностика — это главный инструмент определения границ и степени соответствия» [Там же. С. 4], данный автор выделяет 4 процесса, которым соответствуют разные варианты педагогической диагностики. Первый процесс, названный «созревание», очень важен в реабилитационном процессе для выявления соответствия тем нормам онтогенеза, которые определяют статус ребенка (ребенок-инвалид, ребенок с ограниченными возможностями здоровья). К сожалению, здесь в современной педагогике нет единообразного подхода, что вызывает множество разночтений при определении границ и степени соответствия нормальному развитию.

Например, в современной дефектологии выделяется категория детей с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР), приводящими к инвалидности ребенка. В то же время теоретический анализ современных научных исследований в области медицины, психологии, педагогики показывает неоднозначность трактовки понятия, используемого при характеристике множественных нарушений развития. Первой проблемой, связанной с ребенком с ТМНР, выступает сложность ранней диагностики

нарушений развития. Так, если генетические дефекты, сенсорные ограничения, нарушения функционирования опорно-двигательного аппарата выявляются на достаточно ранних этапах развития ребенка, то ментальные нарушения (олигофрения, нарушения речи, расстройство аутистического спектра и др.) выявляются примерно в 3-летнем возрасте, другие, например шизофрения, — в подростковом возрасте. Понятно, что тяжесть и множественность нарушений заметна уже на ранних стадиях онтогенеза. Но, если специалист не обращает внимания на другие синдромы и нарушения, особенно не ярко выраженные, это затрудняет, а иногда мешает адекватной педагогической диагностике ребенка с ТМНР.

Другой проблемой выступает сама диагностика такого ребенка. Еще в начале 30-х годов прошлого века Л. С. Выготский писал: «Надо ли в "дефективном ребенке" лечить дефект и сводится ли воспитание такого ребенка на три четверти к исправлению дефекта или надо развивать те огромные залежи и глубокие пласты психического здоровья, которые в ребенке есть?» [9, с. 114].

В нормативных документах и специальной литературе [28] используются такие понятия, как «сложные недостатки развития», «сложное нарушение», «сложное комплексное нарушение», что подразумевает одновременно несколько выраженных органических нарушений. Терминологический хаос обусловлен различными подходами к толкованию понятий, когда понятие «множественное нарушение» начинают рассматривать как сумму компонентов. В этом случае в структуру сложного дефекта наряду с первичными нарушениями включаются и вторичные отклонения в развитии, связанные с воздействием конкретного первичного нарушения. Также к множественным нарушениям развития относят различные комбинации сенсорных, эмоциональных, волевых, интеллектуальных, двигательных нарушений. Четкое очерчивание границ группы детей с множественными нарушениями оказывается весьма проблематичным. В клинической картине тяжелого и множественного нарушения значительное место занимают: умственная отсталость умеренной, тяжелой, глубокой степени и выступающие в разных сочетаниях опорно-двигательные нарушения, тяжелые нарушения речи (несформированность речевых средств), нарушения функций анализаторов (зрение, слух), эписиндром, расстройства эмоциональной и волевой сфер, расстройства аутистического спектра. В соответствии с современными представлениями термин «сложное нарушение» используется, когда речь идет о сочетании двух и более первичных психофизических нарушений, в одинаковой степени определяющих структуру аномального развития. В специальной психологии данный термин традиционно используется в случаях выраженных бисенсорных нарушений, сочетания тяжелых нарушений слуха или зрения с умственной отсталостью, нарушениями опорно-двигательного аппарата.

В правовых нормативных документах также отсутствует определение тяжелых множественных нарушений развития (ТМНР). В МКБ-10 отсутствует такая нозологическая форма, медики не выставляют такой диагноз. Психологи пользуются понятием «дизонтогенез». В специальной педагогике понятие ТМНР чаще всего определяется через «нарушение» (ТМНР — это такие нарушения...), что противоречит правилу логики «Запрет круга» («Круг возникает в дефиниции, когда определяемое и определяющее понятия выражаются одно через другое») [13, с. 50].

Следовательно, в группу детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития входят дети, в основе нарушения развития у которых лежит несколько (более одного) первичных дефектов, обусловленных биологическими факторами, однако существует мнение, что множественное нарушение — это не сумма дефектов, а многофункциональное нарушение.

Таким образом, не определившись с понятием ТМНР, современная дефектология и педагогика пытаются выстраивать различные реабилитационные программы. Однако «авторы даже не имеют опубликованных научных работ, тем не менее эти методики порой успешно продаются на рынке и находят своих потребителей. Научному анализу эти вмешательства не подлежат и подлежать не могут просто потому, что эмпирических данных нет, хотя иногда и проводится их популистский анализ, сделанный родителями,

членами семей, журналистами в СМИ или авторитетами от разного рода госструктур» [10, с. 82–83]. Об этом же пишет и немецкий ученый У. Д. Брак: «К сожалению, еще хватает беспомощных попыток провести терапию в отсутствии четкого определения ее цели, методов и способов осуществления контроля результативности. Таким образом, нередко тратится драгоценное время и, несмотря на применение таких понятий, как "содействие раннему развитию" или "игровая терапия", на самом деле конкретно мало что делается для реального развития ребенка» [5, с. 271].

Второй процесс педагогической диагностики (см. таб. 1) назван преобразованием и рассматривается как «инструмент определения границ и степени соответствия между предполагаемым и реальным» [20, с. 5]. В основании этого процесса лежит, на наш взгляд, тезис, определяющий методологический подход к педагогической диагностике в реабилитации, который связан с представлениями об устойчивости, непрерывности и изменчивости процесса развития человека. Базовым методологическим положением является фундаментальное психолого-педагогическое положение об объективно неизбежном изменении личности. Для реабилитационного процесса принципиально важны следующие положения:

1. Развитие человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности имеет те же тенденции, подчиняется тем же закономерностям, что и развитие без каких-либо ограничений.
2. Но человек с ограничениями имеет качественно иную картину изменений.
3. Личностные изменения человека с ограничениями в современной ситуации все более протекают под давлением социальных обстоятельств.

Для процесса реабилитации данные выводы позволяют утверждать, что даже в том случае, если наблюдается приостановка или откат от сложившихся поведенческих и практических навыков, продолжается накопление внутренних ресурсов, актуализирующих изменения. Дж. Карпара и Д. Сервон, пришедшие к этому же выводу, подчеркивают, что «непрерывность в личностном функционировании имеет тенденцию и в нестабильности внешних действий» [12, с. 198]. При дестабилизации, при дискреции состояния реабилитируемого происходит не усложнение и накопление навыков, а полусознанный или вовсе неосознаваемый им поиск новых стратегий деятельности, что закономерно связано со сложным процессом общего развития, внешне не всегда проявляющегося, но внутренне осуществляющегося. По удачному выражению А. Р. Лурии, «человек не может закрыться на ремонт». Если под ремонтом понимать процесс восстановления, то нельзя сначала совершить процесс восстановления, а затем приступить к процессу развития. Даже при утратах, депривациях, нестандартности, более того, сложных нарушениях развития осуществляется процесс изменений, но в необыкновенно затрудненных, противоречивых и парадоксальных формах.

Антропологический подход позволяет ориентироваться не на адаптационные возможности человека, как это часто предлагалось и предлагается в традиционной коррекционной педагогике, а на его потенциал, под которым в реабилитационной практике понимается выявление сохранных ресурсов личности на биологическом и психическом уровнях, которые могут выступать в роли компенсаторных функций, и диагностика патологических процессов (нарушений). Поэтому третьим процессом педагогической диагностики выступает преобразование (становление) как диагностика потенциала, т. е. определение границ между возможным и достигнутым.

Значимым процессом педагогической диагностики, связанным с жизненной траекторией развития, является диагностика готовности, целью которой выступает определение степени соответствия между результатом предыдущего этапа реабилитации и готовности перехода на новый реабилитационный этап. Данный процесс описан в культурно-исторической концепции Л. С. Выготского через понятие «зона ближайшего развития» (ЗБР). ЗБР — это «расстояние между уровнем актуального развития, определяемым с помощью задач, решаемых самостоятельно, и уровнем возможного

развития, определяемым с помощью задач, решаемых под руководством и в сотрудничестве» [8, с. 430]. Таким образом, у каждого человека, кроме зоны актуального развития, т. е. доступных, самостоятельно выполняемых задач, есть проблемная зона, с задачами которой он не может справиться без помощи другого человека. Это и есть зона ближайшего развития, причем «термин ЗБР становится гораздо более понятным, когда он представлен многомерно: как пространство потенциальных возможностей развития» [35, с. 65]. На подобную трактовку обращает внимание и Е. Е. Кравцова, которая прямо пишет, что данное понятие в общем контексте культурно-исторической концепции «дает основание утверждать, что оно относится прежде всего к развитию личности..., понимание ЗБР в качестве показателя личностного развития позволяет связать источники и механизмы целостного процесса психического развития со спецификой развития личности» [15, с. 44], другими словами, через осознание своей деятельности человек становится субъектом жизнедеятельности. Итак, смысл процессов, происходящих между человеком с ограничениями жизнедеятельности и другим человеком в ЗБР, — это помощь, которая может быть рассмотрена в 2 аспектах. С одной стороны, во взаимодействии с помогающим такой человек в реабилитационном процессе становится субъектом освоения определенных действий и мыслей, мотивов, переживаний, демонстрируемых другим человеком. С другой стороны, именно субъектность помогает такому человеку преодолевать собственные трудности, т. е., по выражению В. И. Слободчикова, развивать «способности превращать собственную жизнедеятельность в предмет практического преобразования» [27, с. 77].

Поэтому становятся понятными слова Л. С. Выготского: «Один шаг в обучении может означать сто шагов в развитии» [6, с. 230], особенно в отношении детей-инвалидов. Но тогда можно предположить, что определенные действия взрослых по отношению к развивающейся личности могут затормозить развитие. Именно так чаще всего происходит в семьях, где есть хронически больной ребенок. Л. С. Выготский указывал, что «телесный недостаток вызывает совершенно особую социальную установку, чем у нормального человека... Нарушение «соотносительной деятельности» человека в мире оказывается на деле тяжким нарушением всей системы социальных соотношений... Физический дефект вызывает как бы социальный вывих» [7, с. 63]. Л. С. Выготский называет трудности, которые испытывают дети с нарушениями психической деятельности, «социальным вывихом», указывая на социальный характер этих затруднений, т. е. на проблемы приобретения опыта «вращения в культуру». Подчеркивая отсутствие принципиальной разницы в закономерностях развития нормальных и ненормальных детей, Выготский выделяет существенные различия в способе развития этих детей. «Вращение нормального ребенка в цивилизацию представляет обычно единый сплав с процессами его органического созревания. Оба плана развития — естественный и культурный — совпадают и сливаются один с другим. Оба ряда изменений конвергируются, взаимопроникают один в другой и образуют, в сущности, единый ряд социально-биологического формирования личности... У дефектного ребенка такого слияния не наблюдается: оба плана развития обычно более или менее резко расходятся. Причиной расхождения служит органический дефект» [Там же. С. 22].

В контексте понятия ЗБР актуальным становится вопрос о разнонаправленности развития, что предполагает возможность рассматривать данное понятие через пространственно-временное взаимодействие, в котором возможна «встреча». Встреча в экзистенциальном понимании как со-бытие, т. е. совместное бытие как способ бытия в мире через конструирование себя и Мира. Причем это конструирование может быть подлинным, т. е. через множество модусов экзистенции, через много-многозначность смыслов болезни, так и неподлинным, когда человек предстает своеобразным дезертиром в Мире. Уклонение от подлинности бытия связано, по мнению А. Эренберга, с «дефицитом Эго как неспособностью справиться с действительностью, впитать ее и найти в ней свое место. Вместо откровенной, определенной, недвусмысленной социальной среды социальная реальность представляется дефицитному Эго протекающей сквозь пальцы и ускользающей от понимания, плохо различается, становится бессмысленной, неустойчивой и неуловимой» [38, с. 54].

Говоря о разнонаправленности развития, стоит вспомнить теорию поэтапного социального развития личности Д.И. Фельдштейна, который писал: «Во взаимодействии взрослый выступает не только посредником, открывающим возможности освоения многообразного мира человеческих вещей и отношений, но он также является часто и препоной, т. к. нередко блокирует развертывание отношений ребенка, степень воздействия других взрослых и сверстников» [32, с. 197–198]. Отсюда введение такого понятия, как «зона негативного, подавленного развития», предложенного А.Н. Поддьяковым [21, с. 71]. Данное понятие достаточно часто характеризует те процессы, которые происходят в семьях, имеющих ребенка-инвалида.

Кроме медицинской, психологической и педагогической существует экспертная диагностика, служащая «инструментом для определения степени выраженности нарушений основных категорий жизнедеятельности человека и оценки наличия и тяжести инвалидности» [3, с. 10]. Чаще этот вид диагностики называют экспертно-реабилитационной диагностикой, т.к. осуществляется она при проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ). Данный вариант диагностики очень близок по своему содержанию к реабилитационной диагностике и включает похожие компоненты: клинико-функциональную диагностику, социальную диагностику, в т.ч. оценку активности и участия, а также факторов окружающей среды, психологическую диагностику, оценку ограничений жизнедеятельности человека, оценку его реабилитационного потенциала и прогноза, определение потребности инвалида в мерах реабилитации.

Интересна сама трактовка понятия «реабилитация». Так, в странах, говорящих на французском языке, предпочитали использовать понятие «реадаптация», т.е. восстановление приспособляемости; в Дании и Швеции — «нормализация»: понятие, сближающееся с термином «абилитация», используемым в отношении больных, имеющих дефект с детства. Вместе с тем лингвистическая семантика этого понятия и его происхождение ни у кого не вызывали сомнения, и оно рассматривалось как *rehabilitatio* — восстановление способностей (от латинского *re* — возобновление, повторность действия, *habilis* — способность) [11, с. 36].

Таким образом, реабилитационная диагностика выступает, с одной стороны, как своеобразное предписание, алгоритм, норма фиксации содержания и последовательности определенных видов деятельности в реабилитационном процессе. С другой стороны — это описание фактически выполненной деятельности. Реабилитационную диагностику можно определить как взаимодействие (систему действий) участников реабилитационного процесса (и субъектов и объектов реабилитационной диагностики), необходимых для постановки реабилитационного диагноза на «входе», разработки реабилитационного маршрута в конкретной реабилитационной организации, получения результатов (промежуточных и итоговых) осуществления процесса и их соответствия стандарту оказания реабилитационных услуг и определения результативности реабилитации/ абилитации. Поэтому под **реабилитационной диагностикой мы понимаем системообразующий компонент реабилитационного процесса, целью которого выступает получение информации о состоянии наблюдаемого (инвалида, в т.ч. ребенка-инвалида) с помощью комплексных процедур (клинического, психодиагностического и др. инструментариев) для определения результативности этого процесса.**

Исходя из определения реабилитационной диагностики, можно выделить ее функции:

1. Аналитическая (выявляет причинно-следственные связи в реабилитационном процессе между условиями и результатами реабилитации/абилитации).
2. Информационная (нацелена на постоянное информирование участников реабилитационного процесса о позитивных результатах).
3. Контролирующая (позволяет осуществлять мониторинг соответствия проводимых реабилитационных мероприятий стандартам).

4. Оценочная (в основании реабилитационной диагностики лежит общенаучная методология, психологические теории и диагностический инструментарий, позволяющий достаточно адекватно оценить такие показатели, как нарушения структур и функций организма, уровень активности и участия клиента, состояние контекстных факторов и факторов окружающей среды).
5. Измерительная (под измерением в современной науке понимается когнитивный процесс установления отношения выраженности измеряемой величины к единице измерения этой величины [40, с. 356]. В данном определении можно выделить три важных момента. Первое — измерение представляет собой когнитивный процесс, т. е. всегда выявляет новую информацию. Второе — суть измерения состоит в установлении отношения, поэтому измерение всегда связано с расчетными операциями. Третье — обязательное наличие единицы измерения, т. е. определенной фиксированной величины. Именно наличие такого конструкта позволяет надежно и валидно измерять необходимую информацию).
6. Корректирующая (направлена на коррекцию мероприятий, которые оказывают негативное воздействие на реабилитационный процесс. Например, слишком интенсивные занятия адаптивной физической культурой или малый объем спланированных и оказываемых реабилитационных услуг).
7. Ориентировочная (это ориентация всех специалистов, оказывающих реабилитационные услуги в организации, на решение реабилитационной цели и тех задач, которые поставлены реабилитационным отделением для профилактики негативных последствий реабилитации/абилитации и определения новых целей).
8. Развивающая (комплексный подход к выбору диагностического инструментария и необходимость участия специалистов разных направлений реабилитации (мультидисциплинарной бригады) позволяет осуществлять профессиональный рост всем специалистам, участвующим в процедурах реабилитационной диагностики).
9. Функция обратной связи (позволяет получать информацию о качестве оказанных реабилитационных услуг, как в реабилитационном процессе, так и после него в конкретной реабилитационной организации, т. е. на «выходе»).
10. Интегрирующая (определяет возможности для межведомственного взаимодействия, т. к. окончание реабилитации/абилитации в конкретной реабилитационной организации не является концом всего процесса, а имеет возможности передачи информации как внутри определенного направления реабилитации — «по вертикали», т. е. от одного уровня до другого, так и между различными ведомствами, оказывающими реабилитационные услуги, т. е. «по горизонтали», например в форме телеконсультаций между учреждением здравоохранения и организацией социальной сферы).
11. Прогнозирующая (позволяет определить реабилитационный прогноз).

Таким образом, проведение реабилитационной диагностики в реабилитационной организации содержит два основных аспекта: диагностику нарушений и сохраненных функций, а также способы определения результативности реабилитационного процесса. Первый аспект ориентирует на содержание следующих структурных компонентов реабилитационного процесса: цели реабилитации и задач реабилитации (т. е. содержания реабилитационного процесса для каждого реабилитационного направления), а также — «как и чем (какими инструментами) диагностировать», т. е. определяет содержание следующих структурных компонентов реабилитационного процесса: видов диагностики; методов, способов и форм диагностики; средств диагностики; субъектов диагностики; объектов диагностики. Второй аспект предполагает, что у специалистов есть инструменты для определения результативности реабилитационного процесса.

Реабилитационная диагностика в силу множественности ее функций требует работы комплексной бригады, однако эксперты фиксируют «огромный недостаток в кадровом обеспечении программ реабилитации со стороны специалистов различных направлений. Психологического сопровождения не хватает не только детям-инвалидам, но и взрослым. Предоставление физкультурно-оздоровительных услуг также зависит от кадровой обеспеченности, так как предоставлять такую услугу без соответствующей подготовки персонала невозможно (при наличии соответствующих кадров физкультурно-оздоровительные услуги могут предоставлять не только учреждения Министерства физической культуры и спорта, но и Министерства социальной политики в своих центрах и Министерства образования на базе школ). Необходимость введения дополнительных кадров (куратор случая, тьютор, сурдопереводчик, воспитатель в необразовательных учреждениях) влечет за собой изменения штатного расписания и необходимость дополнительных финансовых ресурсов» [24, с. 129].

Можно предложить следующий алгоритм системной организации реабилитационной диагностики:

- Определение статуса инвалида на «входе» (клинико-функциональные показатели: ведущее ограничение жизнедеятельности, состояние функций и структур организма, наличие-отсутствие противопоказаний для реабилитации в конкретном реабилитационном учреждении, возможности нагрузок и пр.; психологические показатели: реабилитационный потенциал, мотивированность на реабилитационный процесс; эмоциональное состояние на момент поступления в реабилитационную организацию, «запрос» клиента, т. е. его потребности и желания).
- На основе проведенной диагностики на «входе» — конкретизация целей и задач реабилитации для инвалида (ребенка-инвалида).
- Разработка оптимального (как для инвалида (ребенка-инвалида), так и для реабилитационной организации) реабилитационного маршрута.
- Мониторинг оказания реабилитационных услуг.
- Оценка состояния всех продиагностированных показателей на «входе» и при окончании реабилитационного процесса в организации.
- Подсчет результативности реабилитационного процесса для инвалида (ребенка-инвалида) для реабилитационного отделения.
- Прогноз реабилитационного процесса в другой реабилитационной организации.
- При необходимости — трансформация и изменение диагностического инструментария.

Вопрос целеполагания при определении реабилитационного маршрута, пожалуй, самый главный, т. к. именно цель задает образ прогнозируемого результата реабилитационной деятельности, достижение которого связано как с адекватной формулировкой специалистом, так и с актуальностью для клиента. Понятие «цель» применяется практически во всех науках, причем каждая дисциплина трактует данное понятие, исходя из собственной специфики. Еще Аристотель писал, что «в целях обнаруживается некоторое различие, потому что одни цели — это деятельности, другие — определенные отдельные от них результаты..., а результатам естественно быть лучше (соответствующих) деятельностью» [4].

Несмотря на различия в подходах, существует базисное определение понятия «цель». Еще Платон, а впоследствии и Аристотель, определяли понятие «цель» как определенный замысел, указывая при этом, что цель определяется потребностями человеческого бытия как основной ориентир для управления своим поведением. Поэтому грамотная постановка цели — первый и важнейший этап, предвосхищающий любую разумную деятельность.

К сожалению, до сих пор зачастую реабилитационная цель ставится исходя из возможностей реабилитационной организации. Например, в статье кузбасских коллег, изданной в 2020 году и посвященной новым специальностям в реабилитации, четко указывается, что «основной целью медицинской реабилитации является максимальное восстановление (или компенсация) последствий патологического процесса (болезни, повреждения, увечья). К задачам медицинской реабилитации необходимо отнести восстановление функции поврежденных тканей, органов, систем и организма в целом; коррекцию высшей нервной деятельности пациентов и формирование адекватного отношения к заболеванию, работе, окружающему миру, правильной самооценки; восстановление резервов адаптации организма и систем его жизнеобеспечения» [33, с. 31], и ни слова нет об актуальных потребностях самого клиента. Такой подход, названный Г.В. Акоповым технократическим, сохранился со времен СССР, когда «прежде всего ценились алгоритмичность, соподчиненность, исполнительность, "внешняя" надежность и другие свойства систем и людей» [1, с. 79]. Сформулированная таким образом цель, зачастую в виде приказа, вызывает сопротивление, это соответствует административно-командному подходу в реабилитационном процессе.

Исходя из цели, выстраиваются и задачи, т.е. конкретные действия, направленные на реабилитацию, осуществление которых позволяет осуществить поставленную цель. Целевые задачи представляют собой структуру, которая делает цель достижимой, а процесс продвижения к ней — измеряемым. Целевые задачи делают цель конкретной и позволяют выстроить ее структуру через количество продолжительности времени работы над задачей. Например, П. пройдет 10 шагов к столу, остановится, сохранит равновесие в течение 5 минут, чтобы передать стакан мужу. В ходе определения задач специалист выясняет, почему определенная в цели деятельность трудновыполнима для клиента в настоящий момент.

Оценивание состояния клиента на «входе» в реабилитационный процесс зачастую рассматривается как основная цель реабилитационной диагностики. Традиционно при проведении диагностических процедур оцениваются актуальное состояние клиента, ведущее ограничение жизнедеятельности, реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз. Следование положениям МКФ предполагает применение тех диагностических инструментов, которые широко используются специалистами во всем мире. Одним из таких инструментов является WHODAS 2.0, разработанный ВОЗ, который получил широкое распространение в медицинской реабилитационной диагностике. Как указывают разработчики данного инструмента: «WHODAS 2.0 обладает отличными психометрическими свойствами. Тест-ретестовые исследования 36-вопросной версии в странах мира показали ее высокую надежность. Все элементы были выбраны на основе элемента-ответа теории (т.е. с применением математических моделей к данным, собранным из вопросников и тестов). Этот инструмент в целом показал устойчивую факторную структуру, которая оставалась постоянной в разных культурах и различных типах популяций пациентов. Валидационные исследования также показали, что WHODAS 2.0 хорошо сравним с другими измерениями инвалидности или состояния здоровья и с оценками врача и других специалистов, участвующих в диагностике пациентов» [40, с. 19–25].

Однако самым главным отличием реабилитационной диагностики выступает определение результативности процесса. Российская практика оценивания процессов социальной направленности, результатом которых выступают улучшение социального функционирования человека, восстановление или компенсация способностей или максимальное приспособление к новым условиям, до сих пор рассматривается, по словам доктора экономических наук Т.Ч. Амалиева, «как затратная, а критерием эффективности часто является экономия на содержании и снижении удельных затрат» [2, с. 5]. Это подтверждается мониторингом эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов. Так, по данным московских коллег, «в настоящее время сохраняется низкий уровень реабилитации и абилитации инвалидов в Российской Федерации. Положительные результаты реализации ИПРА инвалидов из числа взрослого населения были достигнуты у 48,4 % инвалидов» [17, с. 47].

С учетом многообразия опубликованных монографий и статей на тему эффективности и результативности деятельности социальных организаций, разноплановости проводимых исследований неизбежна множественность трактовок понятий «результативность» и «эффективность», а также методов, методик и мер измерения. Итог — отсутствие четкого однозначно трактуемого определения данных понятий.

В научной литературе, освещающей проблемы оценивания, понятия «результативность» и «эффективность» часто употребляются как синонимы. М. Лебас и К. Юске указывают на то, что «...термин "результативность" представляет собой одно из "словечемоданов", внутрь которого каждый помещает подходящие ему понятия, перекладывая заботу об определении на контекст» [39, с. 126]. Например, Л.В. Топчий в учебном пособии «Социальное обслуживание населения» [29, с. 56] в разделе «Подходы к оценке эффективности социальных услуг» описывает факторы результативности как «соотношение стандартов и норм качества социальных услуг... со степенью достигнутых результатов». Контекстуальный характер определения эффективности и результативности дополняется субъективизмом оценки. Оценка эффективности и результативности всегда субъективна, поскольку проводится с точки зрения конкретного субъекта оценки, имеющего индивидуальное восприятие деятельности.

К. И. Фальковская считает, что в настоящее время «применительно к социальной работе ... эффективность рассматривается как фактически достигнутые и необходимые результаты» [30, с. 90]. Однако автор указывает и на недостатки такого определения результативности применительно ко всей социальной работе, а также по отношению к реабилитационному процессу. Автор подчеркивает, что «цель и задачи социальной работы носят не четко очерченный характер. Традиционно к ним относят: усиление степени самостоятельности клиентов; создание условий, при которых клиенты могут максимально проявить свои возможности; создание условий, при которых люди с физическими недостатками, психическими и психологическими проблемами могут сохранить чувство собственного достоинства и уважения к себе со стороны окружающих» [Там же. С. 90–91]. Следовательно, делает вывод К. И. Фальковская, «понятие "эффективность" абстрактно, поэтому оно всегда должно быть «привязано» к какому-либо объекту, субъекту или процессу разрешения социальной проблемы (технологиям, способам, методам)» [Там же. С. 93].

Экономисты считают, что «при операционализации понятия эффективности принято различать результативность (effectiveness) и экономичность (efficiency) ее деятельности» [34, с. 51]. Первая измеряет степень достижения установленных для организации целей. Вторая же, сопоставляя получаемые анализируемой единицей результаты со значениями факторов (обычно затратами ресурсов), при которых они были достигнуты, дает представление о том, насколько экономично она функционирует.

Обычно социальная деятельность сопряжена с созданием специфических для нее результатов, как правило, принимающих форму услуг. Организация при этом выступает в роли преобразователя имеющихся у нее на «входе» предлагаемых реабилитационных мероприятий в получаемые на «выходе» результаты оказания реабилитационных услуг. Таким образом, в самом общем виде содержание задачи оценки результативности деятельности организации сводится к определению продуктивности и качества осуществляемого ею преобразования предлагаемых услуг в получаемые результаты. Таким образом, под результативностью реабилитационного процесса понимается соответствие процесса реализации запланированной реабилитационной деятельности (цели реабилитации) достижению запланированных результатов. В первую очередь результативность должна измеряться относительно конкретного инвалида, проходящего реабилитационный процесс в конкретном учреждении.

Обобщение вышесказанного может быть представлено таблицей 2:

Сравнительный анализ видов диагностики

Показатели	Виды диагностики				
	медицинская	педагогическая	психологическая	экспертная	реабилитационная
Позиция пациента/ клиента	Пассивная	Пассивная	Активная	Пассивная. Ограничение участия процедурой	Активная
Время проведения	В начале процесса	В течение всего процесса	В начале процесса	В начале процесса	В начале, в середине и в конце процесса
Необходимость выявления личностных особенностей	Присутствует в нормативных документах, но часто не проводится	Обязательна, НО чаще пользуются психологическими методами	Обязательна	Обязательна	Обязательна
Характер	Однонаправленный	Комплексный	Однонаправленный	Комплексный	Комплексный
Результат процесса	Выздоровление — смерть	Подготовленность, воспитанность, обученность и пр.	Оценка	Определение статуса	Результативность

Подводя итог, можно сделать следующие выводы:

1. Медицинская диагностика предполагает пассивность и невключенность пациента в процесс, поэтому при данном варианте диагностики отсутствует необходимость выявления мотивированности клиента. Чаще всего медицинская диагностика осуществляется в начале процесса, т.к. результатом процесса выступает выздоровление или, в случаях, когда болезнь неизлечима, — инвалидизация или смерть.
2. Психологическая диагностика также чаще выступает началом какого-то процесса: коррекции, консультирования, психотерапии и пр. Самый распространенный вариант применения психодиагностики — экспертиза, что сближает ее с реабилитационной диагностикой. Положительными моментами психодиагностики также выступают ее отработанный математико-статистический аппарат, хотя, заметим, применяемый в определенных случаях, не очень грамотно. Если психодиагностика стремится оценить психическое состояние человека, его личностные особенности, социально-психологические явления, влияющие на реабилитационный процесс, то педагогическая диагностика направлена на определение и фиксацию индивидуальных результатов — подготовленность, воспитанность, обученность и т.д., а также на поиск причин достижения этих результатов и характеристику целостной педагогической системы [36, с. 35].
3. Педагогическая диагностика носит комплексный характер, т.е. использует инструментарий разных наук (в т.ч. психологии), но по времени занимает гораздо больший период.

4. Экспертная диагностика так же, как и медицинская диагностика, первична, но носит комплексный характер, т. к. требует диагностики как функций и структур организма, так и индивидуально-личностных особенностей клиента и его социального окружения, но не требует определения результативности процесса. Особенностью данного вида диагностики выступает ограничение контингента лиц только клиентами, имеющими статус «инвалид» или ребенок-инвалид, т. к. целью данной диагностики выступает как раз определение статуса и разработка ИПРА.
5. В реабилитации диагностика осуществляется для достижения реабилитационных целей, т. е. ориентирована на то, чтобы на основе анализа и интерпретации ее результатов получить новую информацию об объектах реабилитационного процесса. Реабилитационная диагностика ориентирована на постановку реабилитационного диагноза. Реабилитационная диагностика ориентирована не на всестороннее изучение ситуации клиента, а только на те особенности и показатели, которые оцениваются как индикаторы проблемы клиента.

Основным отличием реабилитационной диагностики от других вариантов выступает необходимость определения результативности процесса, поэтому процедуры при реабилитационной диагностике осуществляются на «входе» в процесс, т. е. в начале, в течение реабилитационного процесса и в конце, на «выходе» (это может быть окончание пребывания в конкретном реабилитационном учреждении, завершение определенного этапа реабилитации, компенсация или восстановление утраченных функций).

Литература

1. Акопов Г.В. Социальная психология образования: монография. – М.: Флинта, 2000. – 296 с.
2. Амалиев Т.Ч. Проблемы оценки результативности прикладной научной деятельности. – М.: Сервис, 2014. – 16 с.
3. Андреева О.С. Пути совершенствования социальной экспертно-реабилитационной диагностики с учетом основных положений МКФ и Конвенции о правах инвалидов // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2011. – № 2. – С. 10–19.
4. Аристотель. Никомахова этика [Электронный ресурс]. – URL: https://www.gumer.info/bogoslov_Buks/Philos/arist/nik_et.php (дата обращения: 02.03.2021).
5. Брак У.Б. Общее отставание в развитии // Ранняя диагностика и коррекция: в 2 т. / под ред. У.Б. Брака. – М.: Академия, 2007. – Т. 1. Нарушения развития. – С. 268–276.
6. Выготский Л.С. Мышление и речь // Собрание сочинений: в 6 т. – Т. 2. Проблемы общей психологии. – М.: Педагогика, 1982. – С. 6–361.
7. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. – Т. 5. Основы дефектологии. – М.: Педагогика, 1983. – 369 с.
8. Выготский В.В. Педагогическая психология / под ред. В.В. Давыдова. – М.: АСТ, 2010. – 671 с.
9. Выготский Л.С. Принципы воспитания физически дефективных детей // Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями в развитии. Хрестоматия / под ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2001. – С. 103–120.
10. Григоренко Е.Л. Расстройства аутистического спектра. Вводный курс. – М.: Практика, 2018. – 280 с.
11. Зак Г.Г. Исторический анализ сущности понятия «реабилитация» в системе специального образования // Специальное образование. – 2012. – № 3. – С. 30–38.
12. Капрара Дж., Сервон Д. Психология личности. – СПб.: Питер, 2003. – 640 с.

13. Кириллов В.И., Старченко А.А. Логика: учебник для юридических вузов / под ред. проф. В.И. Кириллова. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: ТК Велби: Проспект, 2008. – 240 с.
14. Костромина С.Н. Функциональная организация прикладной психодиагностики // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2007. – Т. 7, № 28. – С. 123–131.
15. Кравцова Е.Е. Культурно-исторические основы зоны ближайшего развития // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 4. – С. 42–50.
16. МАРМ: Международная Академия Медицинской Реабилитации [Электронный ресурс]. – URL: <https://inamr.ru/> (дата доступа: 05.03.2021).
17. Медико-социальная реабилитация как основа преодоления ограничений жизнедеятельности граждан с нарушением здоровья и их социализации / С.Н. Пузин, А.В. Гречко, И.В. Пряников [и др.] // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – Т. 3, № 3. – С. 44–53. doi: 10.36425/2658-6843-2019-2019-3-44-53
18. Нечаев В.С., Магомедова З.А. Организация медицинской реабилитации за рубежом: аналитический обзор // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2017. – Т. 25, № 3. – С. 175–178.
19. Общая психодиагностика / под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – СПб.: Речь, 2000. – 440 с.
20. Остапенко А.А. Типология педагогической диагностики: антропологический подход // Педагогическая диагностика. – 2015. – № 1. – С. 3–6.
21. Поддьяков А.Н. Зоны развития, зоны противодействия и пространство ответственности // Культурно-историческая психология. – 2006. – Т. 2, № 2. – С. 68–81.
22. Практическое применение оценочных шкал в медицинской реабилитации. Методические рекомендации для Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». – М.: Союз реабилитологов России, 2015-16. – 91 с.
23. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
24. Радченко Т.Е., Абрамова С.Б. Совершенствование межведомственного взаимодействия в программе комплексной реабилитации инвалидов // Вопросы управления. – 2018. – № 3 (52). – С. 124–132.
25. Реабилитация инвалидов: национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 736 с.
26. Слободчиков В.И. Теория и диагностика развития в контексте психологической антропологии // Психология обучения. – 2014. – № 1. – С. 4–34.
27. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Психология образования человека. Становление субъектности в образовательном процессе: учеб. пособие. М.: Правосл. Свято-Тихонов. гуманитар. университет, 2013. – 432 с.
28. Словарь-справочник по специальному образованию / авт.-сост. О.Л. Алексеев, В.В. Коркунов, И.А. Филатова. – Екатеринбург: Издатель Калинина Г.П., 2008. – 192 с.
29. Топчий Л.В. Социальное обслуживание населения: ценности, теория, практика: учеб. пособ. для студ. вузов. – М.: Рос. гос. социальн. университет, 2011. – 320 с.
30. Фальковская К.И. Эффективность социальной работы: теоретическое осмысление проблемы // Знание. Понимание. Умение. – 2010. – № 3. – С. 89–93.
31. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ (последняя редакция).
32. Фельдштейн Д.И. Психология взросления: структурно-содержательные характеристики процесса развития личности: избранные труды. – 2-е изд. – М.: Флинта, 2004. – 672 с.
33. Физическая и реабилитационная медицина – новая специальность в номенклатуре специальностей. История, цели, задачи / А.А. Марцияш, Е.В. Колмыкова, Н.П. Батурина [и др.] // Медицина в Кузбассе. – 2020. – Т. 19, № 2. – С. 28–33.

34. Фраттура Л. Инфографическое семейство индикаторов функционирования (FAFI): как измерить результативность на практике при использовании МКФ // Инвалидность и реабилитация. Материалы научно-практической конференции с международным участием. – СПб.: Перо, 2016. – С. 224–235.
35. Цукерман Г.А. Взаимодействие ребенка и взрослого, творящее зону ближайшего развития // Культурно-историческая психология. – 2006. – Т. 2, № 4. – С. 61–73.
36. Шмелев А.Г. Основы психодиагностики: учеб. пособ. – Ростов н/Д: Феникс, 1996. – 544 с.
37. Щелкова О.Ю. Задачи психологической диагностики в клинической медицине // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2008. – № 32 (132). – С. 81–90.
38. Ehrenberg A. La fatigue d'entre soi. Depression et société. – Paris: Odile Jacob, 1998. – 318 p.
39. Lebas M., Euske K. A conceptual and operational delineation of performance // Business Performance Measurement: Unifying Theory and Integrating Practice / ed. by A. Neely. – 2nd edition. – Cambridge: Cambridge University Press, 2007. – P. 125–139.
40. Michell J. Quantitative science and the definition of measurement in psychology // British Journal of Psychology. – 1997. – Vol. 88, № 3. – P. 355–383.
41. World Health Organization. Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule (Whodas 2.0) / edited by T.B. Üstün, N. Kostanjsek, S. Chatterji [et al.]. – Geneva: World Health Organization, 2010. – 152 p.

Theoretical justification and practical possibilities of rehabilitation diagnostics

Rogacheva T.V.¹
E-mail: TVRog@yandex.ru

¹ State Autonomous Institution of the Sverdlovsk Region
"Regional Center for the Rehabilitation of the Disabled"
Belinsky str., 173a, Yekaterinburg, 620089, Russia
Phone: +7 (343) 270-88-19

Abstract. The article offers an analysis of various areas of diagnosis: medical, pedagogical, psychological, expert, rehabilitation. The main indicators of diagnostic procedures are indicated: the position of the patient/client, the time of the procedure, the need to identify personal characteristics, the nature of the diagnosis, and the result. The article emphasizes the fundamental difference between rehabilitation diagnostics, which is associated with the need to determine the effectiveness of the rehabilitation process.

Key words: medical rehabilitation; social rehabilitation; rehabilitation diagnostics; effectiveness.

For citation

Rogacheva T.V. Theoretical justification and practical possibilities of rehabilitation diagnostics. *Med. psihol. Ross.*, 2021, vol. 13, no. 2, p. 6. doi: 10.24412/2219-8245-2021-2-6 [in Russian, abstract in English].