

Біопсихосоціальна модель фізичної реабілітації

*Слухенська Руслана Василівна¹, Логущ Леся Геннадіївна²,
Гуліна Лариса Василівна³, Зендик Олена Всеволодівна⁴,
Козік Наталія Миколаївна⁵*

Опубліковано	Секція	УДК
16.10.2024	Економіка	615.8

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.13935401>

Анотація. У статті з'ясовується специфіка розвитку фізичної реабілітації в контексті біопсихосоціальної парадигми. Інноваційні соціокультурні фактори зумовлюють необхідність трансформації стандартів фізичної реабілітації, виносячи цю сферу охорони здоров'я із суто медичного кластеру. Розкривається зміст синергії медико-біологічних, соціальних та ментальних характеристик, які визначають розвиток людини в контексті рівня її фізіологічного та функціонального потенціалу. Визначаються алгоритми організаційно-структурного та практично-орієнтованого виміру становлення фізичної реабілітації в сучасній системі охорони здоров'я. Отже, біопсихосоціальна модель фізичної реабілітації відповідає соціокультурним реаліям сучасного життя та забезпечує цілісний характер лікувально-відновлювальної активності. Перспективами дослідження є розробка практичних освітніх рекомендацій в контексті міждисциплінарного дискурсу та доцільності поєднання потенціалу різних наук до стандартів підготовки фахівців-реабілітологів.

Ключові слова: біомедичні параметри в фізичній реабілітації, соціальний кластер фізичної реабілітації, психо-емоційна стійкість, відновлення сил, потенціал людини.

Biopsychosocial model of physical rehabilitation

Annotation. The article elucidates the specifics of the development of physical rehabilitation in the context of the biopsychosocial paradigm. Innovative socio-cultural factors necessitate the transformation of physical rehabilitation standards, taking this area of health care out of the purely medical cluster. The traditional biomedical approach in modern conditions has proved to be imperfect in a holistic approach to assessing the patient's condition and activity to restore his or her physical and emotional potential. The article reveals the

¹кандидат педагогічних наук, доцент кафедри медицини катастроф та військової медицини Буковинського державного медичного університету, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7308-9566>

² кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги Чернівецького національного університету ім. Ю. Федьковича, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2503-9449>.

³асистент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги Чернівецького національного університету ім. Ю. Федьковича, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9268-2082>

⁴ старший викладач кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги Чернівецького національного університету ім. Ю. Федьковича, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1583-1352>

⁵ старший викладач кафедри медицини катастроф та військової медицини Буковинського державного медичного університету, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8226-061X>

content of the synergy of medical, biological, social and mental characteristics that determine human development in the context of the level of its physiological and functional potential. The algorithms of organizational, structural and practice-oriented measurement of the formation of physical rehabilitation in the modern health care system are determined. The methodological arsenal of studying the segment of physical rehabilitation in the biopsychosocial model involves a reorientation to a synergistic model that does not oppose the physical and emotional state of the patient in a dichotomous format. Instead, the principle of harmonizing rehabilitation measures at the level of restoring physical strength, stabilizing psycho-emotional balance, and harmonizing the patient's social activity is implemented. Thus, the biopsychosocial model of physical rehabilitation corresponds to the socio-cultural realities of modern life and ensures the holistic nature of therapeutic and rehabilitation activity. The prospects of the study are to develop practical educational recommendations in the context of interdisciplinary discourse and the expediency of combining the potential of natural, humanitarian, technical and social sciences to the standards of training rehabilitation specialists.

Keywords: biomedical parameters in physical rehabilitation, social cluster of physical rehabilitation, psycho-emotional stability, restoration of strength, human potential.

Вступ

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Динамічний розвиток технологічного та інформаційного світу, починаючи з другої половини ХХ століття, сприяв поширенню досі традиційно консервативних медичних знань та уявлень на широкий загаль. Якщо раніше все, що пов'язувалося з діяльністю лікаря залишалося певним чином завуальованим, то тепер вся медична активність постала предметом висвітлення та обговорення. Такі реалії зумовили тренд соціалізації медицини. Водночас, ХХ століття стало періодом звернення до кластеру ментального здоров'я. Тому, психо-емоційний кластер набув популярності в медичній системі. Все це зумовило поступовий відхід від фундаментальних на той час принципів біо-медичної парадигми. Натомість, соціальні та психо-ментальні фактори активно нарощували вплив на процеси діагностики, лікування та реабілітації.

У медичній сфері відбулися трансформації, результатом яких стало долучення соціального та психологічного факторів до лікувально-реабілітаційної активності. Всі надбання науково-технологічного прогресу та інновації інформаційно-цифрового суспільства стали підґрунтям для нової біопсихосоціальної моделі охорони здоров'я загалом.

Фізична реабілітація є сферою медицини, яка сильно інтегрована до соціокультурного простору. Ізоляція реабілітаційної активності лише в рамках інституцій системи охорони здоров'я є практично неможливою через різноманітність проблем, які характеризують процес відновлення фізичного потенціалу людини. Тому, відхід від класичної біомедичної парадигми до біопсихосоціальної моделі у лікувально-реабілітаційному сегменті відбувся швидше та ознаменувався масштабністю та інтенсивністю змін.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми фізичної реабілітації в контексті соціокультурних реалій активно досліджуються в науково-медичному дискурсі, починаючи з другої половини ХХ століття. Фундаментальні біопсихосоціальні виміри медицини пропонувалися багатьма фахівцями протягом розвитку цієї галузі. Перші структуровані принципи біопсихосоціальної медицини обґрунтовані у 70-х роках ХХ століття Дж. Енгелем та Дж. Романо. З цього часу починається новий етап науково-медичних вимірів цілісності, який ґрунтується як на збереженні здоров'я, так і досягненні благополуччя: в біологічному, соціальному та індивідуальному розумінні.

Сучасні дослідження поступово відходять від початкового цільового тренду біопсихосоціальної моделі як організації цілісності в медицині та фізичній реабілітації

[2]. Сьогоднішня медична спільнота позиціонує біопсихосоціальну парадигму в кластері фізичної реабілітації в таких контекстах:

організаційно-структурна [5] та фінансово-логістична модель [1] реабілітаційної активності;

фізична реабілітація як фактор відновлення працездатності загалом з відповідним рівнем продуктивності праці після лікувального впливу [3];

інформаційний супровід лікувально-реабілітаційної діяльності [4];

покращення рівня взаємодії між різними ланками системи охорони здоров'я через розуміння суспільних проблем в ході реабілітаційних заходів [8];

формування комунікації на рівні лікар-пацієнт на горизонтальному рівні в ході реабілітаційної активності [9].

Окремим аспектом біопсихосоціальних принципів роботи фізичного реабілітолога є використання синергетичного підходу, ключовим виміром якого є взаємодія [6] та співпраця [7].

Важливим елементом наукового дискурсу в контексті дослідження біопсихосоціальної парадигми фізичної реабілітації є актуалізація міждисциплінарного потенціалу [10].

Якщо проаналізувати висвітлення проблеми біопсихосоціальної моделі в фізичній реабілітації, то очевидним є домінування цілісного підходу, який враховує роль та значення всіх трьох складників медичної активності. Водночас, не до кінця з'ясованими залишаються питання міждисциплінарного дискурсу, який дозволить сформувати не просто цілісність біологічного, соціального та психологічного стану людини, але й сформує парадигму знань та компетенцій, які дозволять розробляти стратегії розвитку фізичної реабілітації в динамічних умовах прогресу та розвитку.

Метою даної статті є дослідження ефективності використання біопсихосоціальної моделі в процесі лікувально-реабілітаційної активності та в контексті формування відповідних інтегральних компетенцій у фахівців-реабітологів. Висвітлення наукових ідей та концепцій, які визначають позитивний контекст взаємодії біологічного, соціального та психологічного аспектів лікувально-реабілітаційної активності дозволяють підготувати актуальні теоретичні настанови та практичні рекомендації для роботи фахівця з фізичної реабілітації (фізичного терапевта чи ерготерапевта).

Завдання статті сконцентровані на шляхах поєднання зусиль реабітолога (медичний потенціал), індивідуальних якостей пацієнта (ментальний стан) та соціальних умов (спроможності системи охорони здоров'я). Врахування цих елементів у синергетичній цілісності формують актуальні стандарти фізичної реабілітації в контексті розвитку біопсихосоціальної моделі системи охорони здоров'я.

Результати

Виклад основного матеріалу дослідження. Підготовка фахівців з фізичної реабілітації здійснюється в контексті існуючої парадигми медичних знань та соціокультурних факторів, які в нерозривному зв'язку дозволяють сформувати цілісну картину проблеми стану організму. Якщо ж до цих вимірів додати узгоджену з процесом лікувальної реабілітації готовність пацієнта до відновлення, то в результаті формується зрозуміла картина стану здоров'я та шляхи його відновлення.

Домінування зосередженості реабітолога на біомедичних параметрах пацієнта може призвести до неочікуваних результатів неефективності лікування та відновлення. Причиною таких реалій є те, що фізичний стан людини після реабілітації проходить тест не лише на функціональність з позиції здатності людського організму, але й характеризується можливостями в життєвій активності: як в індивідуальному прояві, так і в соціальній активності.

Трансформації кінцевих цілей лікувально-реабілітаційного впливу позначилася на стратегіях підготовки фахівців цієї сфери. Раніше в системі підготовки лікарів-реабілітологів лєвова частка біопсихосоціальних принципів зосереджувалася в інтегральних та загальних компетенціях. Проте, динамічний розвиток реабілітаційного кластеру сформував необхідність долучення соціальних та психологічних якостей до фахових компетенцій.

Якщо ж додати до фахового потенціалу лікаря-реабілітолога актуальні гнучкі та життєві навички, то дотримання стандартів біопсихосоціальної моделі в медицині отримає ресурс для удосконалення. Соціальна сфера не потребує від реабілітолога констатації моментів, які неможливо досягти у процесі відновлення сил пацієнта. Натомість, соціальний вимір актуалізує гнучкість та динамічність, яку потрібно проявляти в ході оцінки стану пацієнта в процесі реабілітації та в поствідновлювальному періоді. Розуміння того, що фізичний потенціал людини не можна оцінити в сталих характеристиках і він може змінювати рівень ефективності в турбулентних соціокультурних реаліях дозволяє позиціонувати ефект від реабілітаційних заходів не лише в моменті, але й у відтермінованому вимірі.

Серед ключових соціокультурних трендів сучасності, які вказують на необхідність залучення біопсихосоціальної моделі реабілітації варто виокремити такі:

- технологічні характеристики буденного та професійного життя та здатність людини інтегруватися до нового технологічно-цифрового простору в контексті підтримки та супроводу своїх фізичних сил та в якості компенсації технологіями втрачених здібностей;
- інформаційний супровід, який визначає рівень обізнаності пацієнта в проблемах, пов'язаних зі своїми фізичними силами, та дозволяє використовувати інформаційні ресурси для посилення індивідуального потенціалу.

На допомогу оцінці актуальності біопсихосоціальної моделі приходять статистика, яка, відзначає факт зменшення рівня показників повної чи часткової втрати працездатності після перенесення складних захворювань чи травм. До прикладу, постінсультна реабілітація удосконалюється не лише завдяки лікувальному впливу в подоланні наслідків хвороби [9, 523]. Важливий момент досягнення ефекту реабілітації полягає в створенні соціокультурних умов інтеграції пацієнта з постінсультним станом до активного динамічного життя. Водночас, ментальна готовність сприймати свої нові можливості також посилює ефект реабілітаційної активності.

Лікувально-реабілітаційна сфера враховує не лише поточний фізичний стан пацієнта, але й визначає його психологічну стійкість до змін (тимчасових чи постійних) у його активності та проектує його подальшу інтеграцію до соціокультурного простору в потенційно новій ролі і з потенційно новими можливостями. Зазначається, що це врахування відбувається на всіх етапах процесу лікування та реабілітації (див. Табл. 1).

Таблиця 1

Соціальні та психо-емоційні виміри на різних етапах лікувально-реабілітаційного процесу

Етап лікувально-реабілітаційної активності	Соціальні виміри	Психо-емоційні виміри
Етап постлікувальної чи посттравматичної діагностики	Соціальні тригери проблем зі станом здоров'ям, які формують загальноприйняте суспільством уявлення та розуміння ситуації з втратою фізичного потенціалу одним із його	Психологічне сприйняття пацієнтом факту втрати потенціалу та можливість проаналізувати реалії, які стали наслідком негативних екстраординарних подій в житті

	членів; та зворотній процес готовності пацієнта до реабілітації як частини шляху повернення до звичної життєвої активності	
Етап інтенсивної реабілітації	Використання ефективних елементів соціокультурного характеру, які дозволяють проводити ефективні лікувально-реабілітаційні заходи для пацієнта (технології лікування та відновлення, інформаційний супровід та забезпечення, комплексне лікування)	Психологічна стійкість в контексті негативних проявів лікувально-реабілітаційного впливу (больові відчуття, побічні дії, дискомфорт, обмеження в часі, руховій активності, звичних побутових моментах)
Етап постреабілітаційної адаптації до звичного життя	Практична інтеграція до суспільної активності з можливими тимчасовими чи постійними обмеженнями, які є наслідком травми чи хвороби та повністю не ліквідовані реабілітаційними заходами при збереженні мотивації в пацієнта та усвідомленні ним свого потенціалу	Психо-емоційна адаптація до нового статусу чи можливостей в контексті наявних обмежень фізичного стану.

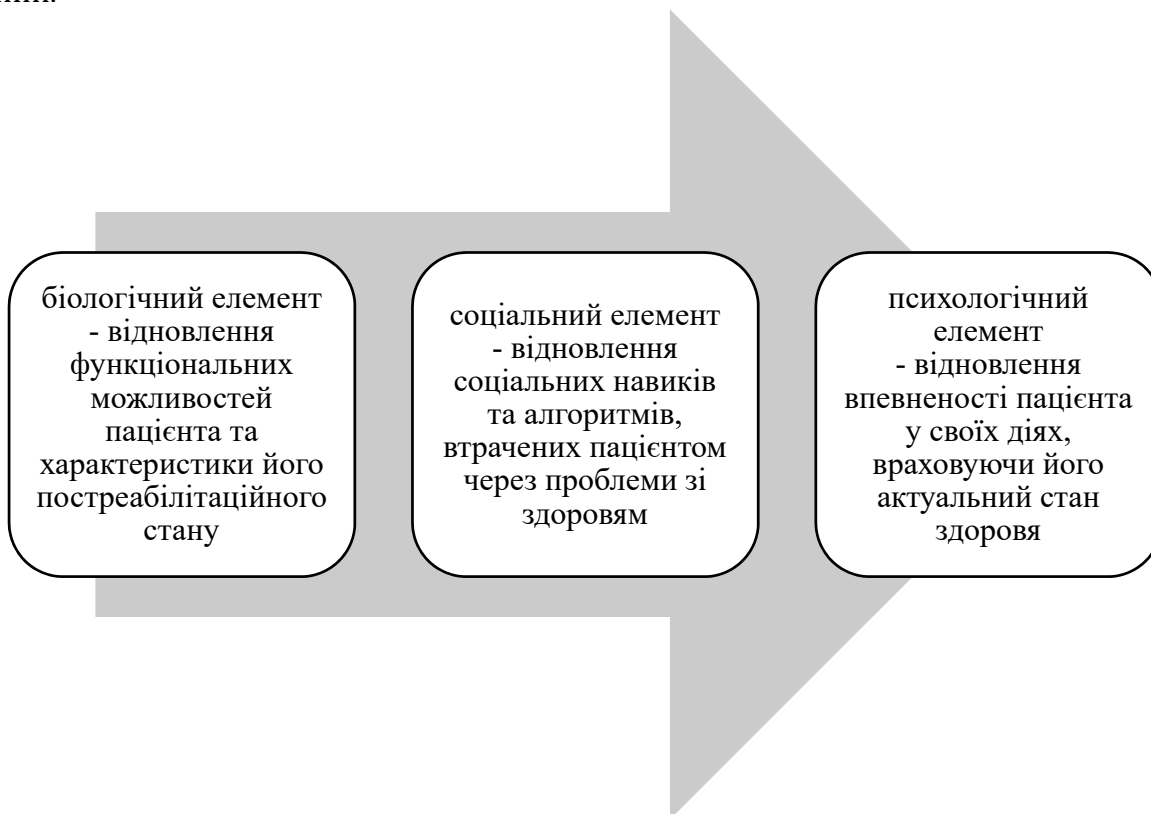
Джерело: власна розробка авторів

Якщо розглядати елементи соціального та психо-емоційного виміру в контексті підготовки фахівця-реабілітолога, то важливо розуміти їхню роль в контексті цілісності індивідуального статусу людини в ході процесу відновлення сил та за його результатами. Традиційний підхід зосереджує роботу фізичного терапевта на відновленні фізичної активності, яка, в свою чергу, повинна поновити соціальну активність та психологічну впевненість.

Проте, біопсихосоціальна модель вказує на недоліки такого алгоритму організації роботи системи фізичної реабілітації. Поновлення фізичного потенціалу за будь-яких умов потребує кореляції з соціальними та психо-емоційними вимірами. Процес відновлення потенціалу людини повинен бути цілісним та збалансованим, що дозволить пацієнту повернутися до звичного режиму життєвої активності (див. Фіг. 1).

Модель біомедичного домінування в реабілітаційній активності очевидно не враховувала всіх аспектів вказаної цілісності та потребувала долучення соціально-психологічного сегменту [1, 995]. Враховуючи динаміку соціокультурного розвитку в кінці ХХ століття, процес створення соціо-медичної моделі став фактично неминучим. Елімінація фізичної функціональності з соціокультурних умов, які вирізняються стрімкими та масштабними змінними порушувала цільові виміри відновлення потенціалу людини. Водночас, криза ментальності, характерна для того ж історичного

періоду, зумовила необхідність залучення кластеру психології до моделі здоров'я людини.



Фігура 1. Цілісність лікувально-реабілітаційної активності згідно з біопсихосоціальною моделлю

Джерело: власна розробка авторів

Такі культурно-історичні реалії зумовили трансформацію освітніх програм підготовки фахівців з фізичної реабілітації. Освітні стратегії в медичній сфері в якості фундаментальних ціннісно-цільових настанов обрали саме біопсихосоціальну модель. Відповідно, змін зазнавав процес набуття знань, умінь та навичок при підготовці спеціалістів з реабілітації.

Сучасна матриця компетентностей у програмі підготовки фахівців з фізичної реабілітації орієнтується на інтегративних [2], міждисциплінарних [3] принципах, які корелюються з саме з біопсихосоціальною моделлю в медицині.

Важливим моментом в оцінці ефективності біопсихосоціальної моделі є її затребуваність в кластері соціальної медицини чи соціального супроводу людини. Медичні покази щодо функціональних можливостей є фактором, який не просто констатує стан пацієнта, але й чинниками, які впливають на його подальшу життєву активність: в побуті чи в професії. Тому, фахівець з реабілітології зобов'язаний враховувати подальшу перспективу, яка супроводжуватиме пацієнта зі станом здоров'я в після реабілітаційний період.

У цьому контексті виникає багато суперечностей в дихотомічному вимірі на рівні: стан здоров'я – стан хвороби. Наразі можливі варіанти, коли у людини відсутні показники, які свідчать про захворювання чи функціональний розлад, але водночас, існують обмеження щодо окремих елементів фізичної активності. Звісно, такі настанови може окреслити і лікар. Проте, все частіше, ці обмеження чи уточнення потенційно можливих навантажень стають висновком саме реабілітолога.

Цей приклад демонструє очевидність обмеженості консервативного біомедичного підходу в оцінці стану пацієнта після проходження лікування та реабілітації. Вплив лікування не може оцінюватися лінійно на рівні наявності-

відсутності захворювання, травми, патології чи розладу. Відсутність показників проблеми зі здоров'ям не може ототожнюватися з оцінкою функціонального потенціалу людського організму.

Така парадигма формується через суттєве зростання ролі людиновимірності в суспільному просторі. Сучасні світоглядні настанови спільнот цивілізованого світу значну увагу зосереджують ролі та місцю людини в суспільстві. Тому, акцентування уваги на потенціалі людини є визначальним фактором інтеграції людини до суспільної активності. Здоров'я людини в сучасній картині світу – це не просто здатність до активності, а й доцільність цієї активності [4].

За таких світоглядно-ціннісних настанов проблема потенціалу людини стає фундаментальною для всіх сфер суспільної діяльності, і медицини зокрема. Зважаючи на підвищення ролі цілісності стану людини – її фізичний потенціал стає предметом прискіпливої оцінки та аналізу. Фізичний терапевт, реалізуючи програму лікувально-реабілітаційного впливу на пацієнта, одночасно, розробляє стратегію його подальшої інтеграції до звичної життєвої активності. Для цього необхідно враховувати такі суспільно-орієнтовані фактори:

- соціальні фактори, які впливають на процес лікувально-реабілітаційної активності (фінансовий, кадровий, організаційний, логістичний, інфраструктурний, ресурсний фактори);
- соціальні умови, в яких опиняється пацієнт після реабілітаційного відновлення;
- кореляція соціальної активності, яка була звичною для пацієнта в долікувальному періоді, та рекомендованою реабілітологом в поствідновлювальному періоді.

Окремим фактором біопсихосоціальної моделі в сегменті фізичної реабілітації є психологічний вимір. Його актуалізація також пов'язана з соціокультурними трендами посилення ролі ментального здоров'я людини. Підготовка людини до сприйняття свого фізичного потенціалу в новому форматі чи в нових умов щодо фізичної спроможності відіграє важливу роль в загальному процесі відновлення людини. Психологічна стійкість при сприйнятті нових реалій свого фізичного стану є запорукою успішності самого процесу реабілітації. Тобто, за умов, коли пацієнт критично оцінює

Водночас, біопсихосоціальна модель стикається з труднощами реалізації у сфері фізичної реабілітації. Зокрема, «вважається, що на впровадження біопсихосоціальної моделі (BPSM) у фізіотерапію впливає брак концептуальної ясності» [5, 373]. Окремим фактором, який впливає на актуальність біопсихосоціальної парадигми в реабілітаційній роботі є тип проблеми, з якою звертається пацієнт для реабілітації (специфіка больового синдрому [6], наявність хронічних проблем зі здоров'ям [7], психосоматична природа [8].). Зокрема, «традиційні ролі психологів і психіатричних терапевтів викликані комплексним лікуванням, необхідним для пацієнтів, які проходять лікування в рамках мультидисциплінарних програм реабілітації болю (MPRP)» [10, 1433].

Очевидно, що вказані проблеми є наслідками тривалого домінування біомедичної парадигми, яка повністю виключала змінні, характерні для соціального чи психологічного виміру. Больові відчуття, функціональні розлади, анатомічні чи фізіологічні особливості – все це може бути означено як реалії лікувально-відновлювального та постреабілітаційного періоду. Масштаби та інтенсивність прояву таких моментів в контексті індивідуального потенціалу людини формують загальну картину стану пацієнта. Біопсихосоціальна парадигма передбачає пошук оптимальних шляхів впливу на проблему, ліквідацію негативних наслідків для здоров'я пацієнта та (за необхідності) його адаптацію до потенційно нових умов життя.

Висновки

Надання біопсихосоціальної моделі реальних методологічних інструментів вимагає нових компетенцій з боку фахівців-реабілітологів. Друга половина ХХ століття започаткувала тренд до міждисциплінарності в науковій картині світу загалом, а в кластері медицини вона виразилася в актуалізації біопсихосоціальної моделі медичної сфери. Лікар, який зосереджений на відновленні фізичного потенціалу пацієнта, повинен враховувати ще й низку факторів, які не мають прямого відношення до біомедичних характеристик. Це дозволяє стабілізувати поточний стан реабілітаційної активності та сприяє розробці короткострокових та довгострокових стратегій відновлення потенціалу людини. Перспективний напрям дослідження біопсихосоціальної моделі в реабілітації полягає в залученні міждисциплінарного потенціалу, який дозволить в практично-орієнтованому вимірі застосовувати оптимальні методи відновлення фізичних сил організму та їхню кореляцію з ментальним станом і соціальними умовами.

Список використаних джерел

1. Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>
2. Gentry, K., Snyder, K., Barstow, B., & Hamson-Utley, J. (2018). The Biopsychosocial Model: Application to Occupational Therapy Practice. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 6(4). <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1412>
3. Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R., Guzman, J., & van Tulder, M. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD000963. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000963.pub3>
4. De Sousa Dantas, D., Correa, A. P., Buchalla, C. M., de Castro, S. S., & Castaneda, L. (2020). Biopsychosocial model in health care: reflections in the production of functioning and disability data. *Fisioterapia em Movimento*, 33(1), e003321. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.033.A021>
5. Daluiso-King, G., & Hebron, C. (2020). Is the biopsychosocial model in musculoskeletal physiotherapy adequate? An evolutionary concept analysis. *Physiotherapy Theory and Practice*, 38(3), 373–389. <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1765440>
6. Van Dijk, H., Köke, A. J. A., Elbers, S., Mollema, J., Smeets, R., & Wittink, H. (2013). Physiotherapists Using the Biopsychosocial Model for Chronic Pain: Barriers and Facilitators – A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1634. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021634>
7. Edgerton, K., Hall, J., Bland, M. K., Marshall, B., Hulla, R., & Gatchel, R. J. (2019). A physical therapist's role in pain management: A biopsychosocial perspective. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 24, e12170. <https://doi.org/10.1111/jabr.12170>
8. Miles, E. (2020). Biopsychosocial Model. In Gellman, M. D. (Ed.) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_1095
9. Kobylańska, M., Kowalska, J., Neustein, J., Mazurek, J., Wójcik, B., Bełza, M., Cichosz, M., & Szczepańska-Gieracha, J. (2018). The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke. *WORK*, 61(4), 523-535. <https://doi.org/10.3233/WOR-162823>
10. Townsend, C. O., Bruce, B. K., Hooten, W. M., & Rome, J. D. (2006). The role of mental health professionals in multidisciplinary pain rehabilitation programs. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1433–1443. <https://doi.org/10.1002/jclp.20322>

11. Wade, D. T. (2020). What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clinical Rehabilitation*, 34(5), 571–583. <https://doi.org/10.1177/0269215520905112>