

МЕТОДЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

© БУЛЮБАШ И.Д., БАШТА О.С., 2016

УДК 616.832-001-06:616.89]-036.868-058

Булюбаш И.Д., Башта О.С.

СОЦИАЛЬНЫЕ НАВЫКИ, ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ СЕТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

ФГБУ «Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр» Минздрава России, 603155, г. Нижний Новгород, Россия

В статье представлены сведения, касающиеся связей между субъективной оценкой социальных навыков, параметрами социальной сети и факторами, определяющими психологическое благополучие пациентов с последствиями спинномозговой травмы (ПСМТ). Одним из фокусов диагностической и терапевтической работы клинического психолога и психотерапевта в реабилитационном стационаре становится как субъективная оценка пациентами с ПСМТ своих социальных способностей, так и развитие этих способностей, способствующих расширению социальной сети, являющейся ресурсом для обеспечения психологического благополучия пациентов. Это свидетельствует не только о необходимости коррекции эмоционального состояния больных, но и о необходимости специфических психотерапевтических интервенций. Такие интервенции должны быть направлены на повышение уровня развития коммуникативных навыков, полезных для образования новых социальных связей и развития социальной сети пациентов (групповые формы тренинга, группы поддержки, общение на форумах и т. п.).

Ключевые слова: спинномозговая травма; реабилитация; социальная (межличностная) поддержка; параметры социальной сети пациентов; психологическое благополучие; психотерапевтические интервенции.

Для цитирования: Булюбаш И.Д., Башта О.С. Социальные навыки, особенности социальной сети и психологическое благополучие пациентов с последствиями спинномозговой травмы. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2016; 19 (3): 137–142. DOI: 10.18821/1560-9537-2016-19-3-137-142

Для корреспонденции: Булюбаш Ирина Дмитриевна, канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения реабилитации; 603155, г. Нижний Новгород, Верхне-Волжская набережная, д.18, E-mail: info@nniito.ru.

Boulyubash I.D., Bashta O.S

SOCIAL SKILLS, SOCIAL NETWORKS AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY

Privolzhsky Federal Research Medical Centre, Nizhny Novgorod, 603155, Russian Federation

The paper presents information concerning the relations between the subjective evaluation of social skills, parameters of the social network and the factors determining psychological well-being of patients with spinal cord injury sequelae (SCIS). Thus, one of the focuses of the diagnostic and therapeutic work of a clinical psychologist and psychotherapist in the rehabilitation hospital environment becomes as well a subjective assessment by SCIS patients of their own social skills, as the development of these skills, contributing to the expansion of the social network, which is a resource for the provision of psychological well-being of patients. This testifies not only to the need for correction of the emotional state of patients, but also the necessity of specific psychotherapeutic interventions. Such interventions should be aimed at the increasing in the level of communication skills which are useful for the formation of new social relationships and the development of the social network of patients (group forms of training, support groups, chat forums, etc.).

Key words: spinal cord injury; rehabilitation; parameters of social network; social (interpersonal) skills; parameters of the social network of patients, psychological well-being; psychotherapeutic interventions.

For citation: Boulyubash I.D., Bashta O.S. Social skills, social networks and psychological well-being of patients with spinal cord injury. *Mediko-sotsyl'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal)*. 2016; 19 (3): 137–142. (In Russ.). DOI: 10.18821/1560-9537-2016-19-3-137-142

For correspondence: Irina D. Boulyubash, MD, PhD, senior researcher of the Department of rehabilitation; Nizhny Novgorod, 603155, Russian Federation, E-mail: info@nniito.ru.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 14 April 2016

Accepted 24 May 2016

Психологическое благополучие можно определить как интегральный феномен, характеризующий позитивное функционирование человека. Он выражается

в субъективном ощущении удовлетворенности жизнью, в реализации собственного потенциала и высокой личностной интегрированности, а также харак-

теризуется наличием отношений с другими людьми, миром и собой [1].

В отличие от термина «психическое здоровье» этот термин подразумевает еще и субъективное переживание целостности и осмысленности своего бытия. Психологическое благополучие зависит от наличия четких целей, успешности реализации планов деятельности и поведения, наличия ресурсов и условий для достижения целей. Источники психологического благополучия – позитивное отношение к себе и своей прошлой жизни, наличие целей и занятий, придающих жизни смысл, способность выполнять требования повседневной жизни, чувство непрекращающегося развития и самореализации – личностный рост, а также позитивные отношения с другими, пронизанные заботой и доверием, и готовность следовать собственным убеждениям [2]. К условиям, способствующим психологическому благополучию личности, можно отнести наличие сети социальной поддержки, поддержку семьи и друзей, материальную и финансовую обеспеченность [3].

Субъектный подход в исследовании этого феномена сосредоточен на проблеме поиска его внутренних детерминант, позволяющих изучать столь сложное психологическое явление в системе социальных отношений личности [4]. Личность при этом рассматривается с точки зрения ее активной позиции, наличия поставленных целей, осуществления собственного выбора и способности к саморазвитию. Основу детерминационного комплекса субъективного благополучия составляют, по мнению Шамионова Р.И. (2008), смысло-жизненные ориентации, а также представления личности о себе в связи с объективными показателями социального познания и жизнедеятельности [5].

Психологическое благополучие личности имеет сложную структуру, в нем присутствуют эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Когнитивный компонент психологического благополучия – это понимание текущей жизненной ситуации при относительно непротиворечивой картине мира субъекта. Этот компонент может быть нарушен при наличии противоречивой информации, свойственной ситуации неопределенности или в условиях изоляции. Эмоциональный компонент благополучия предполагает ощущение человеком эмоционального комфорта. Нарушения эмоционального компонента связаны с переживанием тревоги, депрессии, недоверия, отчаяния и других чувств, оказывающих негативное влияние на жизнедеятельность. Такое эмоциональное нездоровье негативно сказывается на всех аспектах существования человека, в частности на его социальной жизни, способствуя ослаблению социальных навыков [6]. Обнаружено, что пациенты с депрессией существенно уступают здоровым испытуемым по всем параметрам социального интеллекта [7], а кроме того, дефицит социальных навыков может увеличивать риск возникновения расстройств аффективного спектра [8]. Все эти факторы должны учитываться в работе психотерапевта и клинического психолога с пациентами с последствиями спинномозговой травмы в реабилитационном стационаре и на амбулаторном этапе реабилитации с целью достижения ими состояния психологического благополучия. При этом состояние социальных навыков пациентов с последствиями спинномозговой травмы (ПСМТ), эмо-

циональное состояние которых нередко сказывается на сфере их общения (тенденция к изоляции) и мотивации к деятельности [9], остается до сих пор не изученным.

В связи с этим целью исследования стало определение фокусов психотерапевтической работы, связанных с социальными навыками и способностями, а также особенностями социальной сети пациентов с ПСМТ.

Материал и методы

Исследование проводили в ПФМИЦ Минздрава России в 2014–2015 гг. Исследован 41 пациент с последствиями спинномозговой травмы (32 мужчины и 9 женщин в возрасте от 18 до 57 лет). По возрасту пациенты распределились следующим образом: 18–20 лет – 5 пациентов, 21–30 лет – 18, 31–40 лет – 9, 41–50 лет – 4, старше 50 лет – 5 пациентов. Пациентов с параплегией (парапарезом) – 30 человек, пациентов с тетраплегией (тетрапарезом) – 11. Сроки травмы составляли от 1 до 125 мес.

Психодиагностическое исследование включало измерение:

▼ выраженности и уровня тревоги и депрессии (Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS) [10]. Показатели:

- выраженность тревоги (в баллах),
- уровень тревоги (1 – низкий; 2 – средний; 3 – высокий);

▼ выраженность депрессии (в баллах), уровень депрессии (1 – низкий; 2 – средний; 3 – высокий);

▼ выраженности показателей основных смысло-жизненных ориентаций (Тест смысло-жизненных ориентаций – СЖО) [11]. Показатели:

- СЖО–Цель – наличие или отсутствие в жизни испытуемого целей, придающих жизни осмысленность, направленность и временную перспективу;
- СЖО–Процесс – интерес и эмоциональная насыщенность жизни;
- СЖО–Результат – результативность жизни или удовлетворенность самореализацией;
- СЖО–Локус Контроля–Я – представление о себе как о личности, обладающей достаточной свободой выбора;
- СЖО–Локус Контроля–Жизнь, или управляемость жизни;
- СЖО–Общий, или осмысленность жизни – интегральный показатель, включающий целеустремленность, эмоциональную насыщенность жизни и ее результативность.

▼ структурных свойств социальной сети (табл. 1) [12]. К ним относятся следующие параметры: общий объем социальной сети (число контактов); уровень объема социальной сети; индекс плотности социальной сети (отношение общего количества людей в социальной сети к числу лиц, значимых для пациента), низкое номинальное значение индекса плотности свидетельствует о чрезмерно плотной социальной сети; уровень плотности социальной сети; уровень зависимости социальной сети (степень присутствия родственников и неродственников в социальной сети); уровень замкнутости социальной сети – степень присутствия в социальной сети людей из среднего и дальнего круга общения, с которыми индивидuum общается еженедельно, несколько раз в месяц и реже).

Таблица 1

Кодировки и нормативы показателей структурных свойств социальной сети

Уровни	1	2	3
Объема социальной сети	≤5 человек (низкий)	5–9 человек (средний)	10–30 человек (высокий)
Плотности социальной сети	Индекс плотности около 1 (высокий)	Индекс плотности ≤2 и ≥2,5 (средний)	Индекс плотности 2–2,5 (низкий)
Зависимости социальной сети	Присутствуют родственники + ≥3 человека (не члены семьи) (низкий)	Присутствуют родственники + 1–3 человека (не члены семьи) (средний)	Присутствуют только родственники (высокий)
Замкнутости социальной сети	Присутствуют родственники + средний и дальний круг общения (низкий)	Присутствуют родственники + средний круг общения (средний)	Присутствуют только родственники (ближний круг) (высокий)

Применен опросник Голдштейна – список основных социальных навыков, оценивающий субъективную оценку своих социальных возможностей и возможностей окружающих [13] (в адаптации Хломова Д.Н. и соавт., 1993). Социальные навыки описываются через такие факторы, как: средняя оценка своих социальных способностей и ее уровень (степень отклонения от нормативных показателей); средняя оценка социальных (коммуникативных) способностей окружающих и ее уровень (степень отклонения от нормативных показателей); коэффициент компенсации своих социальных (коммуникативных) способностей относительно способностей окружающих и его уровень (приближенность коммуникативных способностей к социальному нормативу); коэффициент отличия своих социальных (коммуникативных) способностей от способностей окружающих и уровень коэффициента отличия (субъективная оценка отличия своих способностей от социальных способностей других людей); уровень оценки социальной (коммуникативной) компетентности (описывается по типам социальной компетентности (высокий – 7-й тип, средний 5–6-й типы и низкий 1–4-й типы); общий уровень развития социальных (коммуникативных) навыков.

Все уровни – уровень средней оценки своих коммуникативных способностей, оценки социальных способностей окружающих, коэффициента отличия своих социальных (коммуникативных) способностей относительно способностей окружающих, коэффициента компенсации своих социальных (коммуникативных) способностей относительно способностей окружающих – описывают степень отклонения показателей от норматива и кодированы следующим образом: 1) чрезвычайные отклонения от норматива; 2) заметные отклонения от норматива; 3) нормативная зона – незначительные отклонения или нет отклонений.

Для изучения взаимосвязей между показателями, характеризующими эмоциональное благополучие пациентов с ПСМТ, их смысложизненные ориентации и особенности их социальной поддержки, проводился корреляционный анализ. В связи с тем, что в статистической обработке находились переменные, относящиеся к по-

рядковым шкалам, а также содержалось много повторяющихся значений, использовали ранговый коэффициент корреляции Спирмена (r_s) и гамма-корреляцию (r_γ). Принятый уровень статистической значимости составлял 0,05. Интерпретация производилась, исходя из уровня силы связи: $r > 0,01 \leq 0,29$ – слабая положительная связь; $r > 0,3 \leq 0,69$ – умеренная положительная связь; $r > 0,7 \leq 1$ – сильная положительная связь; $r > -0,01 \leq -0,29$ – слабая отрицательная связь; $r > -0,3 \leq -0,69$ – умеренная отрицательная связь; $r > -0,7 \leq -1$ – сильная отрицательная связь [14]. В работе представлены умеренные корреляционные связи (слабые связи между величинами опущены).

Результаты

Результаты корреляционного анализа представлены в табл. 2–4.

Умеренная отрицательная корреляционная связь между средней оценкой своих коммуникативных способностей и уровнем депрессии свидетельствует о том, что они оцениваются ниже при высоком уровне депрессии. Из табл. 2 также видно, что чрезвычайное отклонение от норматива в субъективной оценке своих коммуникативных способностей (соответствующее

Таблица 2

Социальные навыки и эмоциональное состояние пациента с ПСМТ

Показатель 1	Показатель 2	Коэффициент корреляции
Средняя оценка успешности коммуникативных способностей	Уровень депрессии	$r_\gamma = -0,36, p = 0,02$
Уровень оценки успешности своих коммуникативных способностей (уровень отклонения от норматива)	Уровень тревоги	$r_\gamma = 0,60, p = 0,001$
	Выраженность депрессии	$r_\gamma = 0,49, p = 0,0007$
	Выраженность тревоги	$r_\gamma = 0,38, p = 0,007$
Коэффициент отличия своих коммуникативных способностей от способностей других людей (по отклонению от нормы)	Выраженность тревоги	$r_s = 0,45, p = 0,005$
	Уровень тревоги	$r_\gamma = 0,41, p = 0,009$
	Уровень депрессии	$r_\gamma = 0,52, p = 0,004$
Уровень коэффициента отличия коммуникативных способностей от других людей	Выраженность тревоги	$r = -0,51, p = 0,002$
	Уровень тревоги	$r_\gamma = -0,63, p = 0,001$
Уровень коэффициента компенсации	Уровень тревоги	$r_\gamma = -0,60, p = 0,03$

Таблица 3

Социальные навыки и смысловые ориентации пациентов с ПСМТ

Показатель 1	Показатель 2	Коэффициент корреляции
Средняя оценка своих коммуникативных способностей	СЖО–Цель	$r_{\gamma} = 0,40, p = 0,008$
	Уровень показателя СЖО–Цель	$r_s = 0,54, p = 0,003$
	СЖО–Процесс	$r_{\gamma} = 0,37, p = 0,02$
	Уровень показателя СЖО–Процесс	$r_s = 0,51, p = 0,01$
	СЖО–Результат	$r_s = 0,51, p = 0,0007$
	СЖО–Локус Контроля–Я	$r_s = 0,37, p = 0,02$
	Уровень показателя Локус Контроля–Я	$r_s = 0,33, p = 0,04$
	СЖО–Общий	$r_s = 0,45, p = 0,002$
Средняя оценка социальных (коммуникативных) способностей окружающих	СЖО–Результат	$r_s = 0,36, p = 0,03$
	Уровень показателя СЖО–Локус Контроля–Я	$r_{\gamma} = 0,51, p = 0,004$
Уровень оценки социальных способностей окружающих	Уровень показателя СЖО–Цель	$r_s = -0,64, p = 0,007$
	Уровень показателя Локус Контроля–Я	$r_s = -0,62, p = 0,003$
Коэффициент отличия своих способностей относительно способностей окружающих	Уровень СЖО–Цель	$r_s = -0,43, p = 0,02$
Уровень коэффициента отличия своих способностей относительно способностей окружающих	Уровень СЖО–Цель	$r_s = 0,68, p = 0,001$

Таблица 4

Социальные навыки и параметры социальной сети пациента с ПСМТ

Показатель 1	Показатель 2	Коэффициент корреляции
Средняя оценка своих коммуникативных способностей	Общий объем социальной сети	$r_s = 0,50, p = 0,001$
	Уровень объема социальной сети пациента	$r_{\gamma} = 0,56, p = 0,0003$
	Уровень плотности социальной сети пациента	$r_{\gamma} = 0,32, p = 0,04$
	Уровень зависимости социальной сети пациента	$r_{\gamma} = -0,45, p = 0,005$
Средняя оценка коммуникативных способностей окружающих	Уровень зависимости социальной сети пациента	$r_s = 0,56, p = 0,003$
Уровень коэффициента отличия своих способностей относительно способностей окружающих	Уровень объема социальной сети пациента	$r_{\gamma} = 0,44, p = 0,03$
	Уровень зависимости социальной сети пациента	$r_{\gamma} = -0,48, p = 0,02$
	Уровень замкнутости социальной сети пациента	$r_{\gamma} = -0,54, p = 0,008$
Уровень коэффициента компенсации	Индекс плотности социальной сети пациента	$r_{\gamma} = 0,63, p = 0,008$
	Уровень плотности социальной сети пациента	$r_{\gamma} = 0,64, p = 0,004$
	Уровень зависимости социальной сети	$r_{\gamma} = -0,63, p = 0,03$
	Уровень замкнутости социальной сети пациента	$r_{\gamma} = -0,82, p = 0,004$

низкому уровню успешности) связано с высокой выраженностью тревоги и депрессии, а также высоким уровнем тревоги.

Коэффициент отличия своих коммуникативных способностей от способностей других людей свидетельствует о восприятии своего поведения отличным от поведения окружающих и положительно коррелирует с выраженностью тревоги и уровнями тревоги и депрессии. Уровень коэффициента отличия отрицательно коррелирует с выраженностью и уровнем тревоги, а также уровнем депрессии. Таким образом, чем выше у пациента уровень тревоги и депрессии, тем больше он считает себя отличающимся по коммуникативным способностям от других людей, и наоборот, высокая субъективная оценка различий с другими людьми (не

важно, в сторону успешности или неуспешности социального поведения) соответствует оценке себя пациентом как более тревожного или депрессивного.

Коэффициент компенсации измеряет приближенность социального поведения испытуемого к нормативу, т. е. отсутствию существенных отклонений в сторону завышенной или заниженной оценки своих социальных навыков. Чем выше уровень компенсации социального поведения, тем меньше уровень тревоги у пациентов с ПСМТ. Таким образом, нормативным показателям (отсутствию отклонений или минимальным отклонениям) развития социальных навыков соответствуют низкие уровни тревоги и депрессии, характеризующие один из аспектов психологического благополучия личности.

Средняя оценка успешности своих коммуникативных навыков у пациентов с ПСМТ положительно коррелирует с показателями СЖО–Процесс, СЖО–Результат и СЖО–Общий, а также уровнем показателя СЖО–Цель и показателя Локус Контроля–Я (см. табл. 3). Это означает, что субъективное восприятие успешности своих социальных навыков соответствует наличию жизненных целей, эмоциональной удовлетворенности своей жизнью, а также удовлетворенности результатом своих действий и выборов.

При этом средняя оценка коммуникативных способностей других людей также позитивно связана с показателями СЖО–Результат и показателем Локус Контроля–Я, что свидетельствует о том, что пациенты, удовлетворенные результатами своих действий и расценивающие себя как способных делать важные выборы в своей жизни, склонны оценивать позитивно не только свои социальные способности, но и такие же способности других людей. Табл. 3 демонстрирует, что пациенты с ПСМТ, имеющие жизненные цели и делающие важные жизненные выборы, склонны рассматривать социальные способности других людей адекватно (в пределах нормативной зоны).

Номинальное значение коэффициента отличия коммуникативных способностей пациента и окружающих его людей отрицательно коррелирует с показателем СЖО–Цель: чем меньше отличия, тем больше выражена способность к постановке жизненных целей. При этом высокий уровень развития социальных навыков предполагает, что коэффициент отличия будет находиться в нормативной зоне невыраженных различий (т. е. испытуемый по своим социальным навыкам и способностям воспринимает себя таким же, как другие люди). Соответственно этому пациенты с высоким уровнем показателя СЖО–Цель воспринимают себя такими же или минимально отличающимися по своим коммуникативным способностям от других людей (как по номинальному значению коэффициента, так и по его уровню).

Корреляционный анализ связей между оценкой социальных способностей и параметрами социальной сети пациентов с ПСМТ выявил следующие взаимосвязи. Средняя оценка своих коммуникативных способностей у пациентов с ПСМТ позитивно коррелирует с общим объемом социальной сети пациента (количество человек) и его уровнем, уровнем плотности социальной сети (баланс между близкими людьми и другими людьми в социальной сети) и отрицательно – с уровнем зависимости социальной сети. В последнем случае низкая оценка своих коммуникативных способностей (дефицит самооценки) соответствует преобладанию в социальной сети пациента родственников и дефициту других лиц, поддерживающих общение с пациентом. При этом большая степень представленности родственников в социальной сети (высокий уровень зависимости социальной сети пациента) положительно коррелирует со средней оценкой коммуникативных способностей окружающих, что свидетельствует не только о приписывании окружающим положительных способностей в области коммуникации, но и о некотором дефиците самооценки в условиях социальной изоляции пациента.

Коэффициент отличия своих коммуникативных

способностей от способностей других людей свидетельствует о восприятии своего поведения отличающимся от поведения окружающих, при этом высокий уровень развития социальных навыков соответствует нахождению коэффициента в нормативной зоне невыраженных различий. Из табл. 4 видно, что нахождение этого коэффициента в нормативной зоне позитивно коррелирует с объемом социальной сети пациента (представленность неродственников в социальной сети) и отрицательно – с уровнем зависимости и замкнутости социальной сети, что означает присутствие в ней преимущественно членов семьи пациента. Таким образом, восприятие себя имеющим такие же социальные возможности, как другие люди, определяется у пациентов с ПСМТ присутствием в его жизни друзей, коллег и знакомых.

Коэффициент компенсации означает приближенность социального поведения испытуемого к нормативу, т. е. отсутствию существенных отклонений в сторону завышенной или заниженной оценки собственных социальных навыков. При этом уровень коэффициента компенсации положительно коррелирует с индексом и уровнем плотности социальной сети и отрицательно – с уровнем зависимости и замкнутости социальной сети пациента (сильная корреляционная связь). Это означает, что адекватность самооценки в области социальных навыков положительно связана с присутствием в социальной сети пациента широкого круга друзей, коллег и знакомых и отрицательно – с присутствием в ней только членов семьи или людей, знающих друг друга.

Обсуждение результатов

В исследовании рассматриваются 3 вида связей между субъективной оценкой социальных способностей пациентов с ПСМТ и: 1) эмоциональным состоянием как одним из аспектов психологического благополучия личности; 2) состоянием смысло-жизненных ориентаций как когнитивным аспектом психологического благополучия личности, включающим наличие жизненных целей, удовлетворенность своей жизнью и ее результатами; 3) особенностями структуры социальной сети, имеющейся в их распоряжении.

Подтверждено существование связей между субъективной оценкой успешности своих социальных навыков (способностей) и эмоциональным состоянием пациентов с ПСМТ. При этом высокому уровню эмоционального неблагополучия (тревога и депрессия) у лиц с ПСМТ соответствует низкая оценка ими своих коммуникативных способностей, восприятие себя отличающимися по коммуникативным способностям от других людей и неадекватная самооценка. Можно предположить также и обратную закономерность – пациенты, склонные оценивать себя как отличающихся по социальным навыкам в сравнении с другими людьми из своего круга общения, будут склонны к формированию большего уровня тревоги и депрессии. При этом основным моментом в общении пациентов с другими людьми становится момент сравнения «не в свою пользу», который лежит в основе тенденции к социальной изоляции [9]. Отсутствие отличий от окружающих при оценке своих социальных навыков в результате такого сравнения можно

рассматривать как позитивный фактор прогноза эмоционального благополучия пациентов с ПСМТ.

Кроме того, обнаружено наличие связей между субъективной оценкой успешности собственных социальных навыков и способностью пациентов с ПСМТ формировать свои жизненные цели, быть удовлетворенными жизнью, сделанными в ней выборами/действиями и ее результатами (т. е. общей осмысленностью жизни). При этом в предыдущих исследованиях отмечена связь смысловых ориентаций с эмоциональным состоянием пациентов и уровнем их эмоционального комфорта/дискомфорта [15]. Данные настоящего исследования свидетельствуют о том, что позитивным фактором прогноза психологического благополучия (в аспекте осмысленности жизни) у пациентов с ПСМТ оказывается не только адекватная оценка своих коммуникативных способностей, но и адекватная оценка социальных способностей окружающих, а также восприятие себя имеющими такие же возможности, как и другие люди.

Установлена также связь между оценкой своих социальных способностей и особенностями их социальной сети пациентов с ПСМТ. Низкой оценке своих коммуникативных способностей соответствует дефицит общения с лицами, не являющимися членами его семьи (коллеги, друзья и знакомые). При этом позитивным фактором прогноза психологического благополучия становится наличие достаточно широкой, независимой и открытой сети социальной поддержки.

Заключение

Таким образом, одним из фокусов диагностической и терапевтической работы клинического психолога и психотерапевта становится как субъективная оценка пациентами с ПСМТ своих социальных способностей, так и развитие этих способностей, расширение социальной сети, являющейся ресурсом для обеспечения психологического благополучия пациентов. Это свидетельствует не только о необходимости коррекции эмоционального состояния пациентов, но и о необходимости специфических психотерапевтических интервенций. Такие интервенции должны быть направлены на повышение уровня развития коммуникативных навыков, полезных для образования новых социальных связей, и развития социальной сети пациентов (групповые формы тренинга, группы поддержки, общение на форумах и т. п.).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Павлючая Я.И. Социально-психологический анализ уровней и типов благополучия личности. *Современные проблемы науки и образования*. 2015; (1). Available at: <http://www.science-education.ru/pdf/2015/1/1109.pdf> (дата обращения: 29.11.2015).
2. Ryff C.D. Psychological well – being in adult life. *Cur. Direct. Psychol. Sci.* 1995; 4(4): 99–104.
3. Куликов Л.В. Психологическая устойчивость личности. В кн. Никифоров Г.С. (ред.) *Психология здоровья: Учебник для вузов*. СПб.: Питер; 2003: 104–25.
4. Бочарова Е.Е. Современные подходы в методологии исследо-

вания субъективного благополучия. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика*. 2013; 13(1): 73–8.

5. Шамионов Р.М. *Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы*. Саратов: Научная книга; 2008.
6. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. *Когнитивная терапия депрессии*. СПб.: Питер; 2003.
7. Пуговкина О.Д. Нарушения социального интеллекта у пациентов с рекуррентной депрессией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015; 2(1): 16–20.
8. Segrin C. Social skills deficits associated with depression. *Clin. Psychol. Rev.* 2000; 20(3): 379–403.
9. Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. *Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы*. Самара: Бахрах–М; 2011.
10. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67(6): 361–70.
11. Леонтьев Д.А. *Тест смысловых ориентаций (СЖО)*. М.: Смысл; 2000.
12. Gottlieb B.H., Bergen A.E. Social support concepts and measures. *J. Psychosom. Res.* 2010; 69(5): 511–20.
13. Goldstein A.P., Sprafkin R.P., Gershaw N.J. *Skill Training for Community Living*. New York: Pergamon Press; 1976.
14. Балинова В.С. *Статистика в вопросах и ответах: Учебное пособие*. М.: 2004.
15. Булюбаш И.Д., Букеева А.В. Психологические факторы, определяющие мотивацию у пациентов с последствиями спинномозговой травмы в восстановительном периоде. *Трудный пациент*. 2013, (11): 51–4.

REFERENCES

1. Pavlotskaya Ya.I. Socio-psychological analysis of the levels and types of well – being of the person. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2015; (1). Available at: <http://www.science-education.ru/pdf/2015/1/1109.pdf> (accessed 01.01.16) (in Russian)
2. Ryff C.D. Psychological well – being in adult life. *Cur. Direct. Psychol. Sci.* 1995; 4(4): 99–104.
3. Kulikov L.V. Psychological stability of personality. In: Nikiforov G.S. (Ed.) *Health Psychology: Textbook for Universities*. St. Petersburg: Piter; 2003: 104–25. (in Russian)
4. Bocharova E.E. Modern approaches to the methodology of the study of subjective well – being. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya: Filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika*. 2013; 13 (1): 73–8. (in Russian)
5. Shamionov R.M. *Subjective Well – being of the Person: Psychological Picture and Factors*. Saratov: Nauchnaya kniga; 2008. (in Russian)
6. Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. S. Petersburg: Piter; 2003. (in Russian)
7. Pugovkina O.D. Violations of social intelligence in patients with the recurrent depression. *Social'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2015; 2 (1): 16–20. (in Russian)
8. Segrin C. Social skills deficits associated with depression. *Clin. Psychol. Rev.* 2000; 20(3): 379–403.
9. Bulyubash I.D., Morozov I.N., Prikhodko M.S. *Psychological Rehabilitation of Spinal Cord Injury Patients*. Samara: Bakhrakh–M.; 2011. (in Russian)
10. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67(6): 361–70.
11. Leont'ev D.A. *Test Life Orientations (LSS)*. Moscow: Smysl; 2000. (in Russian)
12. Gottlieb B.H., Bergen A.E. Social support concepts and measures. *J. Psychosom. Res.* 2010; 69(5): 511–20.
13. Goldstein A.P., Sprafkin R.P., Gershaw N.J. *Skill Training for Community Living*. New York: Pergamon Press; 1976.
14. Balinova V.S. *Statistics in Questions and Answers: Textbook*. Moscow: Prospekt; 2004. (in Russian)
15. Bulyubash I.D., Bukeeva A.V. Psychological factors that determine the motivation of patients with spinal injury in the recovery period. *Trudnyy patsient*. 2013; (11): 51–4. (in Russian)

Поступила 14.04.16
Принята к печати 24.05.16