

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

© БУЛЮБАШ И.Д., ГРОЗНОВА Е.В., 2018

Булубаш И.Д., Грознова Е.В.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

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

Достижение психологического благополучия является одной из перспективных задач психологической реабилитации пациентов с последствиями спинномозговой травмы. Целью исследования стало выделение психологических факторов, вносящих наибольший вклад в психологическое благополучие данной группы пациентов. Для исследования применялись психодиагностические методики, показатели которых характеризовали психологическое благополучие, жизнестойкость, эмоциональный статус и социальное окружение. Обследовано 50 пациентов, находящихся на стационарном реабилитационном лечении. Выявленные с помощью корреляционного анализа соотношения свидетельствуют о необходимости включения в восстановительный процесс психодиагностических мероприятий, направленных на диагностику степени жизнестойкости (стрессоустойчивости) пациентов, их эмоционального состояния, развития их социальной сети и качества общения, а также на диагностику мотивационного состояния. Понимание факторов, позволяющих прогнозировать психологическое благополучие пациентов с последствиями спинномозговой травмы, является важным аспектом их психологической реабилитации, поскольку они могут стать фокусами, определяющими интервенции психотерапевта.

Ключевые слова: *спинномозговая травма; психологическое благополучие; психологическая реабилитация; жизнестойкость; надежда; социальное окружение; эмоциональное состояние.*

Для цитирования: Булубаш И.Д., Грознова Е.В. Факторы, определяющие психологическое благополучие пациентов с последствиями спинномозговой травмы. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2018; 21 (3–4): 183–188. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2018-21-3-183-188>

Для корреспонденции: Булубаш Ирина Дмитриевна, канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник, врач-психотерапевт ФГБУ «Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр» Минздрава России, 603155, г. Нижний Новгород. E-mail: info@nniito.ru

Buliubash I.D., Groznova E.V.

FACTORS DETERMINING THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY

Federal State Budgetary Institution «Privolzhsky Federal Research Medical Centre» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 603155, Nizhny Novgorod, Russian Federation

Achieving psychological well-being is one of the perspective tasks of psychological rehabilitation of patients with spinal cord injury. The aim of the study is the focusing of psychological factors making the greatest contribution to psychological well-being of the patients. Psychodiagnostic methods were used for the study, the indicators of which characterized psychological well-being, life hardiness, emotional status, and social environment. 50 patients undergoing in-patient rehabilitation were examined. Identified using correlation analysis of the ratio indicate the need for inclusion in the recovery process of psychodiagnostic measures the diagnosis of the degree of life hardiness (stress resistance), emotional state, social networks and quality of communication, as well as on the diagnosis of motivational states. Understanding the factors that predict psychological well-being of patients with spinal cord injury is an important aspect of their psychological rehabilitation, since they can become foci that determine the intervention of the therapist.

Key words: *spinal cord injury; psychological well-being; psychological rehabilitation; lifehardiness; hope; social environment; emotional state.*

For citation: Buliubash I.D., Groznova E.V. Factors determining the psychological well-being of patients with spinal cord injury. *Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal).* 2018; 21 (3–4): 183–188. (in Russ). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2018-21-3-183-188>

For correspondence: Irina D. Buliubash, MD, PhD, Senior Researcher of Federal State Budgetary Institution «Privolzhsky Federal Research Medical Centre» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 603155, Nizhny Novgorod, Russian Federation. E-mail: info@nniito.ru

Information about autor:

Buliubash I.D., <https://orcid.org/0000-0001-5885-3549>

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

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 15.04.18

Accepted 24.05.18

Понятие «субъективное (психологическое) благополучие» отражает целостную оценку жизни человека им самим. Оно может рассматриваться как близкое по содержанию к понятию «качество жизни» и как отдельный субъективный аспект качества жизни [1]. При этом имеется в виду именно субъективная оценка жизни, а не объективно имеющиеся у пациента возможности и условия [2]. В психологическом благополучии выделяют как когнитивные, так и эмоциональные аспекты. В его структуру включаются различные характеристики, и в том числе самопринятие, личностный рост, автономия, компетентность в управлении средой, позитивные отношения с окружающими, наличие жизненных целей, переживание осмысленности своей жизни, баланс аффекта, открытость текущему опыту [3].

Достижение психологического благополучия является одной из перспективных и долговременных задач психологической реабилитации пациентов с последствиями спинномозговой травмы (ПСМТ). При этом большинство социальных программ для лиц с ограниченными возможностями ориентированы на улучшение внешних условий существования индивидов, в то время как анализ результатов исследований показывает, что в достижении психологического благополучия значительную роль играют и психологические ресурсы личности, позволяющие ей справляться с длительным стрессом, который вносит такая травма. Если такие ресурсы имеются, то наступление инвалидности и ограничения по здоровью могут стать толчком для начала саморазвития и для достижения ощущения своего благополучия [4].

Как ни странно, несмотря на практически полную инвалидизацию пациентов данной группы, их субъективное благополучие может быть не связано или слабо связано со степенью повреждения спинного мозга [5]. В таком случае многих пациентов с ПСМТ можно определить как психологически устойчивых, поскольку они сообщают о своем психологическом благополучии [6]. По мнению D.G. Tate и соавт. (2015 г.), это объясняется тем, что степень субъективного физического благополучия пациента также является следствием субъективной же интерпретации своего физического состояния, а кроме того, определяется сохранением надежды на улучшение качества жизни посредством развития современных технологий [7].

К факторам, связанным с состоянием психологического благополучия пациентов с ПСМТ, относят брачные отношения и достаточное количество социальных связей, эмпатию в близких отношениях [8], отсутствие или низкую выраженность болевого синдрома [9], физическую активность [10], низкую субъективную оценку тяжести состояния [5], высокую субъективную оценку независимости [9], принятие последствий травмы [8], наличие целей в жизни и вклад в общество [11]. Психологическое же благополучие характеризуется ощущением беспомощности и отсутствия контроля над своими функциями и жизнью [12]. Таким образом, понимание факторов, позволяющих прогнозировать психологическое благополучие пациентов с ПСМТ, является важным аспектом их психологической реабилитации, поскольку такие факторы могут стать фокусами, опре-

деляющими направление действий психотерапевта или клинического психолога.

Цель исследования – выделение психологических факторов, связанных с психологическим благополучием пациентов и вносящих наибольший вклад как в психологическое благополучие пациентов с ПСМТ в целом, так и в отдельные его составляющие.

Материал и методы

В исследование включили 50 пациентов (39 мужчин и 11 женщин) с последствиями спинномозговой травмы, находящихся на стационарном восстановительном лечении в отделении реабилитации ФГБУ «Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр» Минздрава РФ в 2016–2017 гг. Возрастной состав пациентов: 18–20 лет – 3 человека, 21–30 лет – 16 человек, 31–39 лет – 23 человека, 41–49 лет – 5 человек, 50–59 лет – 3 человека. При этом параплегия (парапарез) отмечалась у 29 пациентов, тетраплегия (тетрапарез) у 21 пациента с ПСМТ. Период после травмы у пациентов с ПСМТ в среднем составлял 38,3 мес.

В работе использованы следующие опросники:

Шкала психологического благополучия К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевеленковой и Т.П. Фесенко [13], позволяющая оценить как общий уровень психологического благополучия, так и его составляющие – положительные отношения с другими людьми, автономию, способность к управлению окружением, личностному росту, наличие целей в жизни, баланс аффекта, открытость опыту (показатель «Человек – «Открытая система»), осмысленность жизни.

Русскоязычная версия шкалы надежды Ч. Снайдера [14], рассматривающая надежду как положительное мотивационное состояние, а также определяющая её составляющие: планирование действий для достижения цели и действие как стремление к цели.

Тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева [15], позволяющий рассчитать величину показателя общей жизнестойкости (совладание со стрессом), а также его составляющие: вовлечённость, контроль и принятие риска (действия в условиях неопределённости).

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), измеряющая выраженность тревоги и депрессии (в адаптации М.Ю. Дробужева (1993 г.) [16].

Опросник «Размер социальной сети» по J. Lubben (2006 г.), оценивающий риск изоляции индивида по размеру его социальной сети. Низкий риск изоляции означает наличие большого числа людей в окружении пациента (обратное кодирование результатов) [17].

6. Методика измерения структурных свойств социальной сети с помощью Калифорнийского опросника социальных сетей, в модификации О.Ю. Казминой [18], позволяющая оценить как объём социальной сети, так и её структуру.

7. Многомерная шкала восприятия социальной поддержки – «MSPSS», разработанная G.D. Zimet и соавт. (в адаптации В.М. Ялтонского и Н.А. Сироты, 1994) [19, 20], демонстрирующая субъективное отношение индивида к имеющейся у него социальной поддержке (оценка адекватности и эффективности).

Для изучения взаимосвязей между показателями,

характеризующими психологическое благополучие, и психологическими факторами, которые потенциально могут его поддерживать у пациентов с ПСМТ, проводили корреляционный анализ. Использовали ранговый коэффициент корреляции Спирмена (r_s). Принятый уровень статистической значимости составлял 0,05 и менее. Оценка силы положительных или отрицательных взаимосвязей проводилась общепринятым способом: $\pm 0,01 < r \leq \pm 0,29$ – слабая; $\pm 0,30 < r \leq \pm 0,69$ – умеренная; $\pm 0,70 < r \leq \pm 1,00$ – сильная.

В работе представлены только умеренные и сильные достоверные корреляционные связи (слабые связи между величинами опущены).

Результаты

Корреляционный анализ продемонстрировал наличие умеренных и сильных корреляционных связей между общим показателем психологического благополучия пациентов с ПСМТ, а также их жизнестойкостью (общий показатель), уровнем надежды (общий показатель), степенью риска изоляции, показателем развития социальной сети по числу участников, субъективным восприятием социальной поддержки и уровнем тревоги и депрессии (см. рисунок). Это означает, что психологическое благополучие пациентов

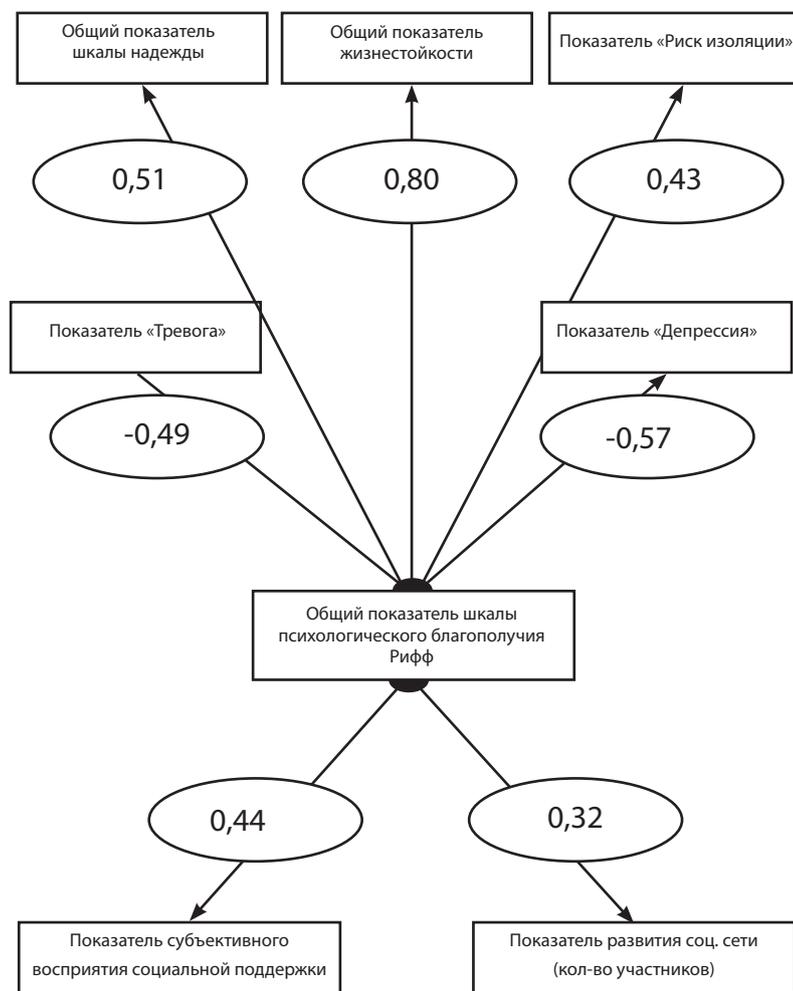
с ПСМТ будет тем больше, чем больше будут степень их жизнестойкости (стрессоустойчивости) и способность сохранять положительное мотивационное состояние (надежду), и наоборот.

Риск изоляции пациентов оценивался по количеству людей, находящихся в окружении пациента (обратное кодирование результатов – риск тем больше, чем меньше людей рядом), поэтому на рисунке показана умеренная положительная взаимосвязь между субъективным оцениваемым благополучием и показателем «Риск изоляции». Положительная корреляция показателей в данном случае свидетельствует о прямой взаимосвязи между количеством людей рядом с пациентом и психологическим благополучием. Эта же тенденция подтверждается и умеренной положительной корреляционной связью с показателем развития социальной сети по числу участников (чем больше людей в окружении пациента, тем выше степень психологического благополучия). Возможно, верно и обратное соотношение – психологически благополучные пациенты с ПСМТ способны поддерживать более широкий круг общения, чем психологически неблагополучные. Выше, чем неблагополучные, они оценивают и имеющуюся у них социальную поддержку (положительные умеренные взаимосвязи между субъективным восприятием социальной поддержки и субъективно оцениваемым же психологическим благополучием).

Умеренные отрицательные корреляционные связи между показателем субъективного благополучия и величинами показателей «Тревога» и «Депрессия» свидетельствуют о значительном вкладе эмоционального состояния пациентов с ПСМТ в субъективную оценку ими уровня своего психологического благополучия. Чем выше уровень тревоги и депрессии, тем хуже, с точки зрения пациентов, их психологическое благополучие.

В дальнейшем оценивались взаимосвязи между факторами, составляющими (в сумме) величину психологического благополучия пациентов с ПСМТ и другими психологическими факторами (см. таблицу).

При анализе корреляционных взаимосвязей показателя «Положительные отношения с другими», отражающего оценку качества общения, обращают на себя внимание, прежде всего, его связи с общей жизнестойкостью (стрессоустойчивостью) и уровнем надежды. Это говорит о значительной роли не только количества, но и качества общения, а также роли социальных и коммуникативных навыков пациентов с ПСМТ в процессе совладания со стрессом, который вносит в их жизнь спинномозговая травма. Такая же тенденция отмечается и в отношении их способности сохранять надежду на успех (положительное мотивационное состояние). Этот показатель также коррелирует с количеством людей, находящихся



Психологические факторы, взаимосвязанные с психологическим благополучием пациентов с последствиями спинномозговой травмы*.

*Показаны только умеренные и сильные значимые корреляционные связи.

Корреляционные взаимосвязи между факторами, составляющими психологическое благополучие пациентов с ПСМТ, и другими психологическими факторами

Показатели, составляющие психологическое благополучие больных с ПСМТ	Общий уровень надежды	Общая жизнестойкость	Тревога	Депрессия	Риск изоляции	Восприятие социальной поддержки	Развитие соц. сети
Положительные отношения с другими	0,46	0,52	–	-0,30	0,41	0,34	0,33
Автономия	–	0,32	–	-0,38	–	–	–
Способность к управлению окружением	0,41	0,71	-0,38	-0,57	0,40	0,40	0,32-
Личностный рост	–	0,52	–	-0,35	–	–	–
Наличие целей в жизни	0,42	0,58	-0,39	-0,46	–	0,31	0,30
Самопринятие	0,43	0,66	-0,38	-0,47	0,34	0,39	–
Баланс аффекта	-0,54	-0,81	0,49	0,61	-0,48	-0,48	-0,32
Осмысленность жизни	0,46	0,71	-0,45	-0,53	0,32	0,42	0,41
Человек «Открытая система»	0,38	0,39	–	–	–	–	–

Примечание. Приведён ранговый коэффициент корреляции Спирмена r_s ($p \leq 0,05$). Указаны только сильные и средние достоверные взаимосвязи между психологическими факторами.

в окружении пациента (показатели «Риск изоляции» и «Развитие социальной сети»), и с восприятием социальной поддержки как адекватной и эффективной. Это свидетельствует о значительной роли общения пациентов в достижении ими хороших отношений с другими людьми (тренинг коммуникативных и социальных навыков за счёт широкого общения) и оценке таких отношений как поддерживающих. И наоборот, отрицательные корреляционные связи между показателем «Депрессия» и субъективной оценкой отношений с другими людьми как хороших, свидетельствует о негативном вкладе депрессии в достижение удовлетворяющих отношений с другими. Возможно и отсутствие удовлетворяющих отношений с другими (за счёт сужения круга общения из-за малой мобильности, пребывания в стационарах, прекращения обучения и отсутствия работы), что определяет и более высокий уровень депрессии у пациентов.

Нужно также отметить, что уровень автономии пациента отрицательно связан с уровнем депрессии (чем выше уровень депрессии, тем ниже уровень автономии). Это может быть связано как с объективными ограничениями пациента (увеличение уровня депрессии в связи с инвалидизацией), так и с его субъективной оценкой неспособности справиться с ними самостоятельно.

В силу того, что пациенты с ПСМТ нуждаются в уходе за ними со стороны окружения (что возможно на всех этапах после травмы), особое значение приобретает их способность влиять на свое окружение для удовлетворения своих потребностей. Такая способность связана с общей жизнестойкостью (устойчивостью к стрессам) сильной положительной корреляционной связью. Она же связана умеренной отрицательной корреляционной связью с уровнем тревоги и депрессии – чем выше уровень тревоги и депрессии, тем меньше возможность влиять на окружение для удовлетворения своих потребностей, и наоборот, чем выше способность пациента влиять на свое окружение, тем меньше у него жалоб на своё эмоциональное состояние. Способность влиять на окружение выше у пациентов с развитой социальной сетью (выше и субъективная

удовлетворённость социальной поддержкой). От способности влиять на окружение может зависеть размер социальной сети, а большое число людей в окружении пациента, возможно, тренирует и его навыки влияния на других.

Способность пациентов с ПСМТ к личностному росту связана как с уровнем жизнестойкости (стрессоустойчивости), так и с уровнем депрессии. Возможно, и жизнестойкость определяется способностью пациентов к личностному росту. В любом случае, степень выраженности этих взаимосвязанных факторов требует внимания психотерапевта или клинического психолога.

Наличие целей в жизни связано достоверными положительными взаимосвязями с уровнем надежды, уровнем жизнестойкости, степенью развития социальной сети и удовлетворённостью социальными отношениями. С другой стороны, возможно, что высокая жизнестойкость, положительное мотивационное состояние, развитая социальная сеть и удовлетворённость социальными отношениями в какой-то мере определяют способность пациентов с ПСМТ ставить такие цели перед собой. В то же время высокий уровень тревоги и депрессии уменьшает способность пациентов ставить перед собой цели, а отсутствие ясных целей может определять и эмоциональный статус пациентов.

Высокая степень самопринятия пациентов с ПСМТ положительно соотносится с их жизнестойкостью и уровнем надежды и отрицательно – с уровнем тревоги и депрессии, а также социальной изоляцией. Пациенты с высоким самопринятием чаще оценивают имеющуюся у них социальную поддержку как эффективную и адекватную, а также меньше склонны к тревоге, депрессии и изоляции (фактор устойчивости).

Высокие значения показателя «Баланс аффекта» (свидетельствующие о негативной самооценке, неудовлетворённости жизнью, бессилии) соотносятся с низким уровнем жизнестойкости (сильная отрицательная корреляционная связь) и надежды, высокой степенью изоляции (низким уровнем развития социальной сети), неудовлетворённостью социальными

отношениями, а также высоким уровнем тревоги и депрессии.

Ещё одна сильная корреляционная связь обнаружена между показателем «Осмысленность жизни» (наличие или отсутствие смыслов в своей жизни) и показателем общей жизнестойкости. Такая выраженная связь может говорить о важной роли способности осмысливать свою жизнь в жизнестойкости индивидов, и наоборот. При высоком уровне тревоги и депрессии, а также изоляции пациентов способность находить смыслы в своей жизни является низкой. Напротив, большее число людей в окружении пациента с ПСМТ соотносится с большей осмысленностью жизни (умеренная положительная взаимосвязь), что говорит о существенной роли окружения пациента в его способности придавать смысл своей жизни, и, возможно, наоборот, индивидуум, придающий смысл своей жизни, становится достаточно привлекательным для большого количества людей. Кроме того, способный осмысливать свою жизнь пациент выше оценивает и имеющуюся у него социальную поддержку.

Обсуждение

Таким образом, можно предполагать, что наличие связей между психологическим благополучием пациентов с ПСМТ в целом, их жизнестойкостью и способностью сохранять положительное мотивационное состояние, уровнем тревоги и депрессии, а также количеством и качеством их социальной поддержки может стать основой для профессиональных интервенций психотерапевта в реабилитационном стационаре. Это означает, что для поддержания психологического благополучия пациента с ПСМТ в целом, стратегия психотерапевта состоит в том, чтобы поддерживать жизнестойкость (стрессоустойчивость) пациентов с ПСМТ, оказывать помощь в сохранении надежды на успех как положительного мотивационного состояния, снижать уровень тревоги и депрессии, а также способствовать расширению его социального окружения.

Наличие сильных корреляционных связей между отдельными показателями шкалы психологического благополучия К. Рифф и общей жизнестойкостью (стрессоустойчивостью), в составляющие которой входит способность к контролю, принятие риска и вовлечённость, позволяет добавить к её составляющим ещё и такие характеристики, как способность управлять окружением, осмысленность жизни, и особенно хороший баланс аффекта (позитивная самооценка, способность приобретать и поддерживать контакты, чувство компетентности в управлении повседневными делами, уверенность в себе).

Связи показателей, характеризующих социальное окружение пациентов с ПСМТ (риск изоляции, развитие социальной сети и восприятие социальной поддержки), с общим показателем психологического благополучия и отдельными его составляющими свидетельствуют о необходимости мероприятий, развивающих социальную сеть пациента и повышающих качество его общения.

Все эти факторы, соответственно, являются фокусами внимания психотерапевта в его работе с пациентами с ПСМТ в реабилитационном стационаре. В настоящее время существует достаточно большой

выбор психотерапевтических интервенций, позволяющих развивать способности пациентов, направленные на улучшение их психологического благополучия, а именно:

- повышение стрессоустойчивости, снижение уровня тревоги и депрессии (тренинги совладания со стрессом, психотерапия, психофармакотерапия);
- сохранение надежды как положительного мотивационного состояния (тренинги постановки целей, тренинги разрешения проблем, тренинги асертивности);
- способствование созданию достаточного социального окружения, устойчивых позитивных отношений с другими людьми, удовлетворяющего общения (группы поддержки, групповая психотерапия, форумы);
- внимание к оценке пациентами своих возможностей, самооценке, принятию себя с ограничениями, способности осмысливать опыт болезни для её преодоления (индивидуальная психотерапия, чтение специальной литературы по совладанию с физическими ограничениями, групповые дискуссии).

Выводы

Выявленные соотношения между уровнем психологического благополучия пациентов с ПСМТ и исследуемыми психологическими факторами, так или иначе связанными с психологическим благополучием, свидетельствуют о необходимости включения в восстановительный процесс психодиагностических мероприятий, направленных на прояснение степени жизнестойкости (стрессоустойчивости) пациентов, их эмоционального состояния, развития их социальной сети и качества общения, а также на диагностику мотивационного состояния (целей и действий, направленных на их реализацию).

Выделение факторов, определяющих психологическое благополучие пациентов с ПСМТ, даёт возможность психотерапевту сосредоточиться в своих профессиональных интервенциях на таких диагностированных психологических факторах, которые могут внести дополнительный вклад в достижение психологического благополучия при условии их нормализации или развития. К таким факторам могут быть отнесены степень жизнестойкости (стрессоустойчивости), уровень развития социальной сети и качество общения, эмоциональный статус пациентов и особенности их мотивационного состояния.

Каждый из выявленных фокусов требует применения специализированных психотерапевтических интервенций, владение которыми может быть внесено в список требуемых навыков психотерапевта, работающего в реабилитационном учреждении с пациентами с ПСМТ. Это групповая психотерапия, ведение групп поддержки, тренингов совладания со стрессом и постановки целей, тренингов проблеморазрешения и асертивности, а также знания и навыки в одном из направлений индивидуальной психотерапии.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dijkers M.P., Abela M.B., Gans B.M., Gordan W.A. The Aftermath of Spinal Cord Injury. In S.L. Stover, J.A. DeLisa, G.G. Whiteneck. eds. *Spinal Cord Injury: Clinical Outcome from the Model System*. Gothenburg: Aspen Publisher, 1995: 335.
2. Cummins R.A., Mellor D., Stokes M., Lau A.L. Measures of subjective well-being. In: Mpofu E., Oakland T. eds. *Rehabilitation and health assessment: applying ICF guidelines*. New York: Springer Publishing Co. 2010: 409–26.
3. Ryff C.D. Psychological well-being. *Barren Encyclopedia of gerontology: age, aging, and aged*. eds. J.E. San Diego. CA: Academic Press. 1996; 365-9.
4. Лебедева А.А. Качество жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья: от средового подхода к личностному. *Культурно-историческая психология*. 2012; (1): 83-91.
5. deRoos-Cassini T.A., de St. Aubin E., Valvano A., et al. Psychological well-being after spinal cord injury: perception of loss and meaning making. *Rehabil. Psychol.* 2009; 54 (3): 306-14.
6. Cummins R.A., Mellor D., Stokes M., Lau A.L. Measures of subjective well-being. In: Mpofu E., Oakland T., eds. *Rehabilitation and health assessment: applying ICF guidelines*. New York: Springer Publishing Co, 2010: 409–26.
7. Tate D.G., Forchheimer M., Bombardier C.H., Heinemann A.W. et al. Differences in quality of life outcomes among depressed spinal cord injury trial participants. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2015; 96 (2): 340-8.
8. Migliorini C., Tonge B. Reflecting on subjective well-being and spinal cord injury. *J. Rehabil. Med.* 2009; 41 (6): 445-550.
9. Ville I., Ravaud J.F., Tetrafigap Group. Subjective well-being and severe motor impairments: the Tetrafigap survey on the long-term outcome of tetraplegic spinal cord injured persons. *Soc. Sci. Med.* 2001; 52 (3): 369-84.
10. Martin Ginis K.A., Jetha A., Mack D.E. et al. Physical activity and subjective well-being among people with spinal cord injury: a meta-analysis. *Spinal Cord.* 2010; 48 (1): 65-72.
11. Meade M.A., Reed K.S., Saunders L.L. et al. It's All of the Above: Benefits of Working for Individuals with Spinal Cord Injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2015; 21 (1): 1-9.
12. Middleton J., Tran Y., Craig A. Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2007; 88 (12): 1643–8.
13. Шевеленкова Т.Д., Фесенко Т.П. Психологическое благополучие личности. *Психологическая диагностика*. 2005; (3): 95-121.
14. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Камалетдинова З.Ф., Сапарин О.Е., Семенов Д.В. Русскоязычная версия шкалы надежды Ч.Р. Снайдера. *Современные научные исследования и инновации*. 2014; (7): 56-60.
15. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. Методическое руководство по новой методике психологической диагностики личности с широкой областью применения. М.: Смысл, 2006.
16. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67 (6): 361-70.
17. Lubben J., Blozik E., Gillmann G., Iliffe S., von Renteln K.W., Beck J.C., Stuck A.E. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist.* 2006; 46 (4): 503-13.
18. Казьмина О.Ю. Социальные сети и развитие социального поведения: Руководство по оценке уровня развития социального поведения. М: 1993; 32-48.
19. Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., Farley G.K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J. Person. Ass.* 1988; 52 (1): 30-41.
20. Кoryтова Г.С. Модификация психодиагностической методики «MSPSS» для изучения ресурсов совладания. *Современные наукоемкие технологии*. 2007; (3): 77 20. – 80.

REFERENCES

1. Dijkers M.P., Abela M.B., Gans B.M., Gordan W.A. The Aftermath of Spinal Cord Injury. In S.L. Stover J.A. DeLisa, G.G. Whiteneck. Eds. *Spinal Cord Injury: Clinical Outcome from the Model System*. Gothenburg: Aspen Publisher, 1995: 335.
2. Cummins R.A., Mellor D., Stokes M., Lau A.L. Measures of subjective well-being. In: Mpofu E., Oakland T., eds. *Rehabilitation and health assessment: applying ICF guidelines*. New York: Springer Publishing Co. 2010: 409–26.
3. Ryff C.D. Psychological well-being. *Barren Encyclopedia of gerontology: age, aging, and aged*. eds. J.E. San Diego. CA: Academic Press. 1996; 365-9.
4. Lebedeva A.A. Quality of life of persons with disabilities: from the environmental approach to the personal. *Kul'turno-istoricheskaya psihologiya*. 2012; 1: 83-91. (in Russian)
5. deRoos-Cassini T.A., de St. Aubin E., Valvano A., et al. Psychological well-being after spinal cord injury: perception of loss and meaning making. *Rehabil. Psychol.* 2009; 54 (3): 306-14.
6. Cummins R.A., Mellor D., Stokes M., Lau A.L. Measures of subjective well-being. In: Mpofu E., Oakland T., (eds.) *Rehabilitation and health assessment: applying ICF guidelines*. New York: Springer Publishing Co, 2010: 409–26.
7. Tate D.G., Forchheimer M., Bombardier C.H., Heinemann A.W. et al. Differences in quality of life outcomes among depressed spinal cord injury trial participants. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2015; 96(2): 340-8.
8. Migliorini C., Tonge B. Reflecting on subjective well-being and spinal cord injury. *J. Rehabil. Med.* 2009; 41 (6): 445-550.
9. Ville I., Ravaud J.F., Tetrafigap Group. Subjective well-being and severe motor impairments: the Tetrafigap survey on the long-term outcome of tetraplegic spinal cord injured persons. *Soc. Sci. Med.* 2001; 52 (3): 369-84.
10. Martin Ginis K.A., Jetha A., Mack D.E., et al. Physical activity and subjective well-being among people with spinal cord injury: a meta-analysis. *Spinal Cord.* 2010; 48 (1): 65-72.
11. Meade M.A., Reed K.S., Saunders L.L. et al. It's All of the Above: Benefits of Working for Individuals with Spinal Cord Injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2015; 21 (1): 1-9.
12. Middleton J., Tran Y., Craig A. Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2007; 88 (12): 1643–8.
13. Shevelenkova T.D., Fesenko T.P. Psychological well-being of the individual. *Psihologicheskaya diagnostika*. 2005; (3): 95-121. (in Russian)
14. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semenov D.V. Russian version of the scale of hope C.R. Snyder. *Sovremennye nauchnye issledovaniya i innovacii*. 2014; (7): 56-60. (in Russian)
15. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test of resilience. Methodical guidance on a new method of psychological diagnosis of a person with a wide range of applications. M.: Smysl, 2006: 63. (in Russ)
16. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67 (6): 361-70.
17. Lubben J., Blozik E., Gillmann G., Iliffe S., von Renteln K.W., Beck J.C., Stuck A.E. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist.* 2006; 46 (4): 503-13.
18. Kaz'mina O.U. Social networks and the development of social behavior: A guide to assessing the level of development of social behavior of a senior student. M: 1993; 32-48. (in Russian)
19. Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., Farley G.K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J. Person. Ass.* 1988; 52 (1): 30-41.
20. Korytova G.S. Modification of the psychodiagnostic methodology "MSPSS" for the study of coping resources. *Sovremennye naukoemkie technologii*. 2007; 3: 77-80. (in Russ)

Поступила 15.04.18

Принята к печати 24.05.18