

# ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ, ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

## ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ БЛАГОПОЛУЧИЕМ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, КАК ФОКУСЫ ПСИХОТЕРАПИИ

УДК 616.851+616.711+616.832

**Булюбаш И.Д., Грознова Е.В.**

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия*

## FACTORS ASSOCIATED WITH PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY AS FOCUS OF PSYCHOTHERAPY

**Buljubash I.D., Groznova E.V.**

*The federal state budgetary institution "Privolzhsky federal medical Research Center" of the Russian Ministry of Healthcare, Nizhny Novgorod, Russia*

Современные психологические исследования характеризуются интересом к процессу достижения индивидуумом психологического благополучия. Эта тема является особенно актуальной у пациентов с хроническими заболеваниями и ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Понятие «субъективное благополучие» отражает оценку человеком своей жизни в целом. А.А. Лебедева (2012) под субъективным благополучием понимает «результат функционирования позитивных личностных ресурсов, выражающийся для субъекта в удовлетворенности жизнью» [1, 2]. Содержание другого, синонимичного понятия – «психологическое благополучие» – составляет восприятие и оценка себя в сравнении с потенциальными возможностями [3]. Нередко понятие «субъективное благополучие» используется как аналогичное понятию «качество жизни» [4], характеризую его субъективный аспект. В связи с этим, в фокусе психологических исследований оказываются факторы, которые определяют оценку индивидуумом своего психологического состояния как благополучного [2]. Такие факторы можно определить как личностные ресурсы – это индивидуальные особенности личности, способствующие мобилизации, адаптации и преодолению жизненных трудностей [5], они представляют собой основную часть саморегуляции индивидуума.

Согласно Л.С Цветковой (2004) психологическое консультирование лиц с ограниченными возможностями здоровья должно строиться по принципу опоры на доступные человеку формы деятельности, способности и возможности [6]. Результатом ограничений здоровья может стать деятельность, восстанавливающая нарушенную функцию, а в личностном плане, деятельность, развивающая систему ресурсов личности [1, 2]. В связи с этим роль клинического психолога и психотерапевта состоит в том, чтобы помочь лицу с ОВЗ в его движении к компенсации, развитию и самореализации. В этом случае индивидуум может оказаться способным противопоставить инвалидности «стратегию активного и деятельного саморазвития» [1].

Какова же роль личности пациента в процессе психологической реабилитации после травмы? В чем состоит стратегия психолога, способствующего достижению психологического благополучия пациента с ОВЗ?

В качестве первого шага, необходимо определить какие личностные факторы опосредуют влияние ограничений по здоровью на психологическое благополучие личности, поскольку оно является маркером позитивного функционирования пациентов с последствиями спинномозговой травмы. Пациенты с ОВЗ далеко не всегда считают себя инвалидами сами. Так, несмотря на практически полную инвалидизацию пациентов с

ПСМТ, а также различия в возможностях при тетра- и параплегии, их психологическое благополучие и удовлетворенность жизнью не связаны или слабо связаны со степенью повреждения спинного мозга [7]. Это объясняют субъективной оценкой физического состояния и надеждами пациентов на увеличение возможностей посредством совершенствования технологий [8]. Кроме того, психологическое благополучие пациентов с ПСМТ связывают с наличием целей в жизни и вкладом в общество [9], принятием травмы, наличием брачных отношений и достаточного количества контактов, эмпатией в близких отношениях [10], низкой субъективной оценкой тяжести состояния [7].

Второй шаг – это собственно психотерапевтическая работа с пациентами с ПСМТ, в которой знание факторов, способствующих психологическому благополучию, может стать основой интервенций, направленных на их достижение или развитие.

**Целью исследования** стало выделение психологических факторов, связанных с общим психологическим благополучием и структурными компонентами психологического благополучия у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы.

#### Материал и методы исследования

В исследование вошли 50 пациентов (39 мужчин и 11 женщин) с последствиями спинномозговой травмы, находящиеся на стационарном восстановительном лечении в отделении реабилитации ФГБУ ПФМИЦ МЗ РФ с 2016 по 2017 гг. Возрастной состав пациентов: 18–20 лет – 3 человека, 21–30 лет – 16 человек, 31–39 лет – 23 человека, 41–49 – 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 месяцев.

В работе были использованы следующие опросники:

1. Шкала психологического благополучия К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевеленковой и Т.П. Фесенко [11], позволяющая оценить как общий уровень психологического благополучия, так и его структурные составляющие: положительные отношения с другими людьми, автономия, способность к управлению окружением, личностному росту, наличие целей в жизни, баланс аффекта, осмысленность жизни, открытость опыту.
2. Русскоязычная версия шкалы надежды Ч. Снайдера в адаптации С.П. Елшанского с соавторами [12], рассматривающая надежду как положительное мотивационное состояние, а также определяющая ее составляющие: планирование действий для достижения цели и действие как стремление к цели.
3. Тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева [13], позволяющий рассчитать величину показателя общей жизнестойкости (стрессоустойчивости), а также его составляющие: вовлеченность, контроль и принятие риска (действия в условиях неопределенности).
4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), измеряющая выраженность тревоги и депрессии (в адаптации М.Ю. Дробижеева (1993) [14].
5. Опросник «Размер социальной сети» по J. Lubben (2006), оценивающий риск изоляции индивида по размеру его социальной сети. Низкий риск изоляции означает наличие большого числа людей в окружении пациента [15].

6. Методика измерения структурных свойств социальной сети с помощью Калифорнийского опросника социальных сетей, в модификации О.Ю. Казьминой [16], позволяющая оценить как объем социальной сети, так и ее структуру.
7. Многомерная шкала восприятия социальной поддержки – («MSPSS») разработанная G.D Zimet с соавторами [17] (в адаптации В.М.Ялтонского и Н.А.Сироты, 1994, а затем Корытовой (2007) [18], демонстрирующая субъективное отношение индивида к имеющейся у него социальной поддержке (оценка адекватности и эффективности).
8. Опросник социально поддерживающего поведения (Inventory of Socially Supportive Behaviours, ISSB, short form), измеряющий фактически полученную поддержку [19].

#### Результаты исследования.

Факторный анализ проводился с помощью компьютерной программы SPSS методом вращения Varimax. Выделенные факторы и их структура представлены в табл. 1.

Основу фактора 1 – **«Жизнестойкость и эмоциональная стабильность»** составили показатели жизнестойкости и эмоционального состояния пациентов с ПСМТ, которые несут наибольшую факторную нагрузку. Таким образом, как жизнестойкость, так и эмоциональная стабильность (отсутствие тревоги и депрессии) в высокой степени определяет психологическое благополучие данной группы пациентов.

Фактор 2 – **«Позитивное мотивационное состояние»** полностью состоит из показателей шкалы надежды Р. Снайдера, причем в наибольшей степени определяет психологическое благополучие пациентов с ПСМТ, неся наибольшую факторную нагрузку. Это говорит об исключительной важности надежды, как позитивного мотивационного состояния в реабилитации данной группы пациентов и задает определенное направление для работы клинического психолога и психотерапевта.

Фактор 3 **«Социальная поддержка, связанная с небольшим сроком травмы»** является более вариативным. В структуре данного фактора содержатся как давность травмы в месяцах, так и риск социальной изоляции (количество лиц, окружающих пациента), а также восприятие социальной поддержки и общая, фактически полученная поддержка. Учитывая отрицательный знак показателя «Давность травмы», мы можем предположить уменьшение социальной поддержки и повышение риска изоляции с ростом давности травмы. При этом субъективная оценка социальной поддержки оказывается тем ниже, чем выше давность спинномозговой травмы.

Фактор 4. **«Способность к ассимиляции опыта и личностному росту в молодом возрасте»**

Наибольшую факторную нагрузку в отношении психологического благополучия несет возраст пациентов. Фактор демонстрирует большую способность молодых пациентов с ПСМТ к ассимиляции жизненного опыта, усвоению новой информации к личностному росту и развитию автономии и на этой основе к формированию целостного, реалистичного взгляда на жизнь и ситуацию. Поведение пациентов молодого возраста является более гибким и адаптивным.

Фактор 5. **«Социальные ресурсы пациента в целом»** организован показателями развития социальной

Таблица 1. Структура факторов, связанных с психологическим благополучием пациентов с ПСМТ.

Структура факторов у пациентов с ПСМТ	Название фактора
<b>Тест Жизнестойкости С. Мадди</b> Общий показатель жизнестойкости (0,84) Показатель «Вовлеченность» (0,80) Показатель «Принятие риска» (0,83) Показатель «Контроль» (0,73) <b>Госпитальная шкала тревоги и депрессии</b> Тревога (-0,76) Депрессия (-0,76) <b>Шкала психологического благополучия К. Рифф</b> Баланс аффекта (-0,80) Общий показатель психологического благополучия (0,76) Управление окружение (0,72) Личностный рост (0,55) Осмысленность жизни (0,69) Самопринятие (0,66) Цели в жизни (0,64) Положительные отношения с другими (0,43)	Фактор 1. <b>Жизнестойкость и эмоциональная стабильность</b>
<b>Шкала надежды М. Снайдера</b> Общий показатель надежды (0,96) Показатель «Планирование достижения цели» (0,90) Показатель «Действие» (0,90)	Фактор 2. <b>Позитивное мотивационное состояние</b>
Риск изоляции по тесту Люббен (0,81) <b>Шкала восприятия социальной поддержки по Дж Зимет</b> Восприятие социальной поддержки (0,70) Срок травмы в месяцах (-0,51) <b>Опросник социальной поддержки</b> Общая полученная поддержка (0,42) Общая полученная поддержка (1-2р в месяц) (0,46)	Фактор 3. <b>Социальная поддержка, связанная с небольшим сроком травмы</b>
Возраст пациента (-0,84) <b>Шкала психологического благополучия К.Рифф</b> Показатель «Человек как открытая система» (0,62) Автономия (0,60) Личностный рост (0,57) Общий показатель психологического благополучия (0,42)	Фактор 4. <b>Способность к ассимиляции опыта, личностному росту и автономии в молодом возрасте</b>
<b>Опросник социальной поддержки</b> Общая полученная поддержка по общему количеству лиц, предоставивших поддержку (0,69) <b>Калифорнийский опросник социальных сетей</b> Показатель развития соц. сети пациента по общему количеству участников (0,59) Уровень показателя развития социальной сети пациента по количеству участников (0,63) Показатель развития соц. сети пациента по индексу плотности (0,67)	Фактор 5. <b>Социальные ресурсы пациента в целом</b>

сети и общей полученной поддержки (по количеству лиц ее предоставляющих). Он демонстрирует роль социальной сети пациентов с ПСМТ в достижении ими психологического благополучия. При этом значимую роль в достижении и сохранении благополучия играет общее количество участников социальной сети пациента.

#### Обсуждение результатов исследования.

Найденные с помощью факторного анализа психологические факторы, по сути, являются местом приложения профессиональных интервенций психотерапевта (клинического психолога).

Согласно результатам исследования выделяются четыре основных направления для деятельности психотерапевта, осуществляемой в рамках реабилитационного стационара:

1. Поддержка жизнестойкости (стрессоустойчивости) пациентов с ПСМТ, способствование нормализации их эмоционального состояния.
2. Создание или поддержка позитивного мотивационного состояния (надежды), включающая в себя пла-

нирование достижения цели и действия, направленные на ее осуществление.

3. Противодействие изоляции пациентов с ПСМТ с побуждением пациента к расширению социальных контактов и общей активности в отношении получения всех видов социальной (инструментальной, информационной, эмоциональной) поддержки, особенно при большой давности травмы.
4. Специальные интервенции, направленные на поддержку автономии и личностный рост у пациентов старшего возраста, имеющих затруднения в переработке опыта травмы.

В рамках первого направления стратегия психотерапевта, направленная на формирование личностных ресурсов в рамках индивидуальной психотерапии, заключается в совместном поиске и выборе направлений деятельности, в том числе побуждении к восстановительному лечению, а также принятию вызова, который представляет собой жизненная ситуация, определяемая спинномозговой травмой. Последнее требует развития способности к риску, т.е. выбранным лично действиям без гарантии успе-

ха, а также поддержке инициатив пациента, находящихся на грани его возможностей. Такая стратегия, с нашей точки зрения, будет способствовать нормализации эмоционального состояния пациентов с ПСМТ.

Второе направление отчасти (в плане поддержки целей и деятельности) совпадает с первым, поскольку частью надежды является поиск решения. Однако часто, задача психотерапевта состоит в том, чтобы отследить адекватность поставленных целей (что особенно важно для пациентов с ПСМТ, цели которых нередко носят глобальный характер) [20], и скорректировать неадекватные или недостижимые в настоящий момент цели. Отказ от неверных целей и обучение пациентов поиску новых путей решения (тренинги решения проблем) будет способствовать сохранению надежды на восстановление функций и социального статуса пациента. Кроме того, важна избираемая пациентами стратегия достижения долгосрочных целей путем разбиения ее на серию актуальных и краткосрочных. Достижение маленьких и несложных целей будет способствовать сохранению надежды на достижение больших и значимых.

Расширение социальных контактов и поиск социальных ресурсов является известной стратегией преодоления жизненных трудностей (копинг-стратегия), предполагающей усилия индивидуума в поиске такой поддержки. Последняя дает возможность уменьшить тревогу и беспокойство, разделить появившиеся эмоциональные и другие проблемы, получить поддержку в поиске новых выходов из сложной жизненной ситуации, способствует сокращению периода выздоровления и восстановления после болезни [21]. В связи с этим профессиональные интервенции психотерапевта в реабилитационном стационаре должны включать групповые методы работы (групповая психотерапия и тренинги), способствующие расширению социальных контактов. Для маломобильных пациентов это еще и использование современных медиа-возможностей общения, а также технологии работы с сетью социальных контактов: составление карты сети социальной поддержки пациента, анализ связей, способствующие организации встреч друзей и родственников.

Личностный рост человека можно представить как развитие его личностного потенциала, а также способность ориентироваться на собственный выбор в целях и деятельности, способность к саморегуляции и устойчивость в этом. К показателям личностного роста и развития потенциала личности относят автономию, по сути, личностный рост – это развитие автономии, т.е. способности ориентироваться на собственный выбор и интересы и действовать в соответствии с ними. Личностный рост предполагает и ассимиляцию своего жизненного опыта, становящегося основой дальнейшего продвижения. Личностный рост и способность к саморазвитию является продуктом любого направления долговременной индивидуальной и групповой психотерапии. Это означает, что психотерапевт, работающий в реабилитационном стационаре, должен иметь законченное профессиональное образование как минимум в области одного направления долговременной индивидуальной и групповой психотерапии, а также навыки проведения мотивационных тренингов и тренингов разрешения проблем.

#### Выводы:

1. Фокусами психотерапии у пациентов с ПСМТ могут стать: поддержка жизнестойкости (стрессоустойчивости) пациентов с ПСМТ, способствующая нормализации их эмоционального состояния, развитие положительного мотивационного состояния (надежды), противодействие социальной изоляции и способствовать расширению социальных контактов, а также содействие личностному росту, включающему развитие автономии (в особенности у пациентов старшего возраста).
2. Профессиональные требования к психотерапевту (клиническому психологу), работающему в реабилитационном стационаре с пациентами с ПСМТ должны включать законченное образование и способность работать в одном из направлений индивидуальной и групповой психотерапии, а также навыки работы с мотивацией пациентов (тренинги постановки целей и разрешения проблем).

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лебедева А.А. Субъективное благополучие лиц с ограниченными возможностями здоровья. Автореф. дисс. канд. псих. наук. Москва 2012: 32с.
2. Лебедева А.А. Качество жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья: от среднего подхода к личностному. Культурно-историческая психология. 2012; 1: 83–91
3. Ryff C.D. Keyes C.L.M. The structure of psychological well-being revisited. J. Pers. Soc. Psychol. 1995; 69 (4):719–727.
4. Рассказова Е.И. Методы диагностики качества жизни в науках о человеке. Вестник московского университета. Серия психология. 2012;3: 95–107.
5. Леонтьев Д.А., Александрова Л.А. Вызов инвалидности: от проблемы к задаче. Четвертая Всероссийская научно-практическая конференция. по экзистенциальной психологии: материалы. Под ред. Д.А. Леонтьева. М.:Смысл, 2010: 180с.
6. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных: речь и интеллектуальная деятельность: учебное пособие МПСИ, МОДЭК, 2004:424с.
7. deRoos-Cassini T.A., de St. Aubin E., Valvano A., Hastings J., Horn P. Psychological well-being after spinal cord injury: perception of loss and meaning making. Rehabil. Psychol. 2009; 54(3):306–314.
8. Tate D.G., Forchheimer M., Bombardier C.H., Heinemann A.W., Neumann H.D., Fann J.R. Differences in quality of life outcomes among depressed spinal cord injury trial participants. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2015;96(2):340–348.
9. Meade M.A., Reed K.S., Saunders L.L., Krause J.S. 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.
10. Migliorini C, Tonge V Reflecting on subjective well-being and spinal cord injury. J. Rehabil. Med., 2009; 41(6):445–550.
11. Шевеленкова Т.Д., Фесенко Т.П. Психологическое благополучие личности. Психологическая диагностика. 2005;(3):95–121.
12. 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.
13. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Методическое руководство по новой методике психологической диагностики личности с широкой областью применения. М.: Смысл; 2006:63с
14. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. Acta Psychiatr. Scand. 1983;67(6):361–370.
15. 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):503–513.
16. Казьмина О.Ю. Социальные сети и развитие социального поведения: Руководство по оценке уровня развития социального поведения. М 1993: 32–48.
17. 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.
18. Кобытова Г.С. Модификация психодиагностической методики «MSPSS» для изучения ресурсов совладания. Современные наукоёмкие технологии. 2007;(3): 77–80.

19. Barrera M.J., Sandler I.N., Ramsay T.B. Preliminary development of a scale of social support. Studies of college students. Am.J.Community Psychol. – 1981;9: 435–447.
20. Булюбаш И.Д. Руководство по психологической реабилитации пациентов с последствиями спинномозговой травмы. СПб, Арт-Экспресс; 384с.
21. Лифинцев Д.В., Лифинцева А.А. Концепции социальной поддержки: позитивные и негативные эффекты социальных связей в контексте субъективного благополучия человека. Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. 2011;11:74–80.

## REFERENCES

1. Lebedeva A.A. [Subjective well-being of persons with disabilities] Avtoref...diss.kand.psih.nauk. Moskva; 2012: 32с. in Russian
2. Lebedeva A.A. [Quality of life of persons with disabilities: from the environmental approach to personal]. Kul'turno-istoricheskaja psihologija 2012; 1: 83–91. in Russian
3. Ryff C.D. Keyes C.L.M. The structure of psychological well-being revisited. J. Pers. Soc. Psychol. 1995; 69 (4):719–727.
4. Rasskazova E.I. [Methods of diagnosing the quality of life in the human sciences]. Vestnik moskovskogo universiteta. Serija psihologija. 2012;3: 95–107. in Russian
5. Leont'ev D.A., Aleksandrova L.A. [Disability challenge: from problem to task]. Chetvertaja Vserossijskaja nauchno-prakticheskaja konferencija. po jekzistencial'noj psihologii: materialy. [Fourth Scientific and Practical Conference on Existential Psychology: Materials]. Pod red. D.A. Leont'eva. M., Smysl, 2010: 180с. in Russian
6. Cvetkova L.S. [Neuropsychological rehabilitation of patients: speech and intellectual activity: a textbook]. MPSI, MODJeK, 2004:424с. in Russian
7. deRoos-Cassini T.A., de St. Aubin E., Valvano A., Hastings J., Horn P. Psychological well-being after spinal cord injury: perception of loss and meaning making. Rehabil. Psychol. 2009; 54(3):306–314.
8. Tate D.G., Forchheimer M., Bombardier C.H., Heinemann A.W., Neumann H.D., Fann J.R. Differences in quality of life outcomes among depressed spinal cord injury trial participants. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2015;96(2):340–348.
9. Meade M.A., Reed K.S., Saunders L.L., Krause J.S. 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.
10. Migliorini C, Tonge B Reflecting on subjective well-being and spinal cord injury. J. Rehabil. Med., 2009; 41(6):445–550.
11. Shevelenkova T.D., Fesenko T.P. [Psychological well-being of the individual. Psihologicheskoe blagopoluchie lichnosti]. Psihologicheskaja diagnostika. 2005;(3):95–121. in Russian
12. Elshanskij S.P., Anufriev A.F., Kamaletdinova Z.F., Saparin O.E., Semenov D.V. [Russian version of the Snyder's hope scale]. Sovremennye nauchnye issledovanija i innovacii. 2014;7:56–60. in Russian
13. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Hardiness Survey. [Methodical guidance on the new method of psychological diagnosis of a person with a wide range of applications]. M.: Smysl, 2006:63с. in Russian
14. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. Acta Psychiatr. Scand. 1983;67(6):361–370.
15. 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):503–513.
16. Kaz'mina O.Ju. [Social networks and the development of social behavior: A guide to assessing the level of development of social behavior]. M 1993: 32–48. in Russian
17. 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.
18. Korytova G.S. [Modification of the psychodiagnostic methods "MSPSS" for the study of coping resources]. Sovremennye naukoemkie tehnologii. 2007;(3): 77–80. in Russian
19. Barrera M.J., Sandler I.N., Ramsay T.B. Preliminary development of a scale of social support. Studies of college students. Am.J.Community Psychol. – 1981;9: 435–447.
20. Buljubash I.D. [Manual on the psychological rehabilitation of patients with spinal cord injury]. SPb, Art-Jekspress; 384с. in Russian
21. Lifincev D.V., Lifinceva A.A. [Concepts of social support: the positive and negative effects of social relations in the context of the subjective well-being of a person. Vestnik Baltijskogo federal'nogo universiteta im. I. Kanta. Serija: Filologija, pedagogika, psihologija. 2011;11:74–80 in Russian.

## РЕЗЮМЕ

Тема достижения психологического благополучия является одной из самых актуальных для Лиц с ограниченными возможностями здоровья. Целью исследования стало выделение психологических факторов, связанных с общим психологическим благополучием и структурными компонентами психологического благополучия у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы. С помощью факторного анализа у 50 пациентов выделены пять комплексных факторов-фокусов, определяющих направления деятельности психотерапевта в реабилитационном стационаре. Это поддержка жизнестойкости и эмоционального состояния, развитие положительного мотивационного состояния (надежды), противодействие социальной изоляции и способствование расширению социальных контактов, а также содействие личностному росту, включающему развитие автономии.

**Ключевые слова:** пациенты с последствиями спинномозговой травмы, реабилитация, психотерапия, психологические факторы, психологическое благополучие.

## ABSTRACT

The theme of achieving psychological well-being is one of the most urgent for persons with disabilities. The aim of the study is the selection of psychological factors associated with overall psychological well-being and the structural components of psychological well-being in patients with spinal cord injury. With the help of factor analysis in 50 patients divided into five comprehensive factors-the foci that determine the direction of therapist activity in a rehabilitation hospital. It support resilience and emotional status, the development of a positive motivational state (hope), combating social exclusion and widening social contacts, and promoting personal growth, including the development of autonomy

**Keywords:** spinal cord injury patients, rehabilitation, foci of psychotherapy, psychological factors, psychological well-being.

## Контакты:

Булюбаш И.Д. E-mail: nniito@rambler.ru