

Булюбаш И.Д.

ФГБУ «Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия  
603155, Нижний Новгород, Верхне-Волжская набережная, 18

## Психологическая траектория пациента с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы

Рассмотрены психологические факторы, влияющие на течение позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ). Среди факторов, способствующих психологическому росту, оказались: психологическая устойчивость, внутренний локус контроля, надежда и оптимизм, низкий уровень депрессии, социальная включенность, хорошие семейные отношения, поведенческий и когнитивный типы coping. Формирование оптимальной психологической траектории пациентов с ПСМТ предполагает полноценное участие в реабилитационном процессе психотерапевта, диагностирующего и корректирующего направление этого движения.

**Ключевые слова:** спинномозговая травма; реабилитация; личностный рост; посттравматическое стрессовое расстройство; психологическая траектория пациента.

**Контакты:** Ирина Дмитриевна Булюбаш; [borka51@mail.ru](mailto:borka51@mail.ru)

**Для ссылки:** Булюбаш И.Д. Психологическая траектория пациента с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2017;9(2):77–82.

### *The psychological trajectory in a patient with vertebral and spinal cord injury sequels* Boulyubash I.D.

Volga Federal Medical Research Center, Ministry of Health of Russia, Nizhny Novgorod, Russia  
18, Verkhne-Volzhsкая Embankment, Nizhny Novgorod 603155

The paper considers the psychological factors that influence the course of vertebral and spinal cord injury (VSCI). The factors contributing to psychological growth include psychological stability, an internal locus of control, hope and optimism, low-grade depression, social involvement, good family relationships, and behavioral and cognitive coping. The formation of the optimal psychological trajectory in patients with VSCI assumes that a psychotherapist diagnosing and correcting this condition should participate fully in the rehabilitation process.

**Keywords:** spinal cord injury; rehabilitation; personality growth; post-traumatic stress disorders; psychological trajectory in patient.

**Contact:** Irina Dmitrievna Boulyubash; [borka51@mail.ru](mailto:borka51@mail.ru)

**For reference:** Boulyubash ID. The psychological trajectory in a patient with vertebral and spinal cord injury sequels. *Neurologiya, neiro-psikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2017;9(2):77–82.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2017-2-77-82>

Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) оказывает существенное влияние на большинство соматических функций, нарушая мобильность, повседневную активность и работоспособность, психологическое состояние, а также состояние соматического здоровья пациента. В исследованиях, посвященных психологическим последствиям ПСМТ, основной упор обычно делается на ее негативном эффекте [1], поскольку сама по себе она является психотравмирующим событием. Имеет значение не только и не столько угроза жизни, но и то, что физические последствия травмы могут и в дальнейшем нарушать психосоциальное благополучие пациента с ПСМТ. Так, А.В. Смирнов [2] сообщает о феномене самоизоляции инвалидов с физическими дефектами в результате травм. Есть данные о расстройстве адаптации (в частности, о посттравматическом стрессовом расстройстве – ПТСР) [3–9], хроническом горе [10], депрессивных расстройствах [11]. В то же время Y. Wang и соавт. [12] выделяют три основные темы пациентов с ПСМТ: борьба с безнадежностью, принятие вызова и личностный рост.

Как тяжелое и травматическое для личности событие ПСМТ разрушает привычную картину мира и структуру

личностных смыслов. Их восстановление, формирование новой картины мира и новых смыслов требуют времени и значительных собственных усилий. Хотя травма представляет собой экстремальный опыт, человек способен изменяться сам и изменять свой мир. При этом патологические изменения психики не являются единственным последствием ПСМТ, поскольку у большого числа пациентов с ПСМТ отмечена также тенденция к личностному росту и развитию. Травматическое событие, являясь источником страдания, может сопровождаться как посттравматическим расстройством, так и реакцией роста. Большинство людей, перенесших посттравматический стресс, адаптируются к изменениям и живут дальше. В связи с этим понимание того, как именно индивиды достигают хороших результатов в адаптации, полезно для выработки стратегии их психологической реабилитации.

Под посттравматическим ростом (ПР) понимают позитивные изменения человека после травматического события, которые представляют собой развитие его личности [13]. Исследование 824 пациентов с ПСМТ показало, что от 54 до 79% пациентов сообщили и о своих положительных изменениях после травмы [14], например об увеличении эм-

Таблица 1. Факторы риска развития ПТСР у пациентов с ПСМТ

Факторы риска	Число пациентов	Источник
Женский пол	79	[33]
	124	[34]
	85	[29]
Мужской пол	112	[35]
Молодой возраст	124	[34]
	85	[29]
	112	[35]
Выраженный болевой синдром	312	[36]
Раннее начало	69	[8]
Тяжесть травмы	312	[36]
Количество (>1) травматических эпизодов	312	[36]
Низкий образовательный уровень	124	[34]
	85	[29]
Отсутствие семьи	124	[34]
	85	[29]
Эмоциональная закрытость	79	[33]
Депрессия и тревожность	69	[8]
	79	[33]
Отсутствие социальной поддержки	Данные метаанализа	[37]
Низкая толерантность к неопределенности	42	[38]
Духовно-религиозный копинг	312	[38]

патии и семейной близости, а также уменьшении употребления алкоголя [15]. По данным R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun [16], выраженный ПР создает угрозу психологическому благополучию. При этом ПР базируется на борьбе с жизненными трудностями.

М.Ш. Магомед-Эминов [1, 17] рассматривает ПТСР как смысловое расстройство. В критическом обзоре работ, посвященных ПР, Т. Zoellner и А. Maercker [18] также делают акцент на смыслообразовании. ПР может рассматриваться как формирование новых смыслов, являющихся следствием межличностных интеракций и частного травматического опыта [19], как переосмысление своих возможностей (способность справиться) [20, 21], как поиск смысла травматического опыта [4, 5, 18, 20], как позитивная иллюзия [22].

Проанализированы данные литературы, касающиеся факторов и механизмов, определяющих психологическую траекторию пациента. В каких случаях у пациентов с ПСМТ развивается ПТСР, а в каких возможен личностный рост? Кто из пациентов способен к борьбе с жизненными трудностями и адаптируется к изменениям? Для дальнейшего исследования важно определиться с пониманием терминов «посттравматическое стрессовое расстройство» и «посттравматический рост».

**ПТСР у пациентов с ПСМТ.**  
В МКБ-10 ПТСР – это специфическая клиническая форма нарушения процесса посттравматической стрессовой адаптации, возникающая как отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать глубокий стресс почти у каждого индивида. Типичные признаки ПТСР включают эпизоды повторяющихся переживаний травмирующего события в навязчивых воспоминаниях («кадрах»), мыслях или кошмарах, чувство оцепенения, эмоциональной заторможенности, отсутствие ответа на окружающее и избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме. Обычно имеют место перевозбуждение и настороженность, повышенная реакция испуга и бессонница. С этим часто связаны тревожность и депрессия, а также суицидальные мысли. Пациенты точно не помнят травматическую ситуацию, забывают детали события. Типична также социальная изоляция, снижается интерес к общению, появляется ощущение отчужденности и изолированности от других людей. Развитию симптомов расстройства обычно предшествует латентный период от нескольких недель до нескольких месяцев.

Среди факторов риска развития ПТСР выделяют: женский пол, молодой возраст, в котором получена травма, низкий уровень образования, наличие предшествующих травм, неблагополучное детство (насилие), тяжесть травмы, недостаток социальной поддержки, жизненные стрессы [23] (табл. 1). По данным О.Н. Толкачевой [24], спектр психологических трудностей у пациентов с ПТСР соответствует критериям посттравматического стресса и ПСМТ должна рассматриваться не только как физическая, но и как психическая травма.

ПТСР является вторым по частоте (после депрессивного расстройства) психическим расстройством у пациентов с ПСМТ, его распространенность варьирует от 7 до 44% [6, 8, 9, 25–31]. M.S. Nielsen [8] обнаружил ПТСР у 20% пациентов с ПСМТ в раннем периоде, а О.Н. Толкачева [4] сообщила о 24% пациентов с признаками выраженного ПТСР (через 2 года и более после травмы). При использовании в исследованиях строгих критериев диагностики по DSM-4 частота ПТСР составляет 11%, но при этом еще 20% пациентов имеют отдельные его симптомы [32]. Разнородность данных о частоте ПТСР может объясняться периодом исследования, тяжестью травмы, а также ориентацией на клинические или психологические критерии диагностики. В целом же частота ПТСР со временем уменьшается. Так, в позднем периоде травмы симптомы ПТСР обнаруживаются только в 10% случаев [6].

Кто из пациентов с ПСМТ склонен к развитию ПТСР? Факторы, связанные с травмой, обычно делят на претравматические, перитравматические (момент травмы) и посттравматические. В работах, посвященных развитию ПТСР у пациентов с ПСМТ, большее значение придается пре- и перитравматическим факторам. При этом акцентируется личная уязвимость в отношении ПТСР в результате неспособности индивида к совладанию с событием, которое расценивается им как жизненная катастрофа (претравматический фактор).

В то же время E.J. Ozer и соавт. [37], анализируя исследования, посвященные факторам развития ПТСР с помощью метаанализа, показали, что наибольшей прогностической точностью обладают именно перитравматические факторы, среди которых особо подчеркивается значение диссоциации. Это состояние, при котором психические процессы не интегрированы и находятся вне сферы сознательного контроля. При этом разрушается целостная картина происходящего, а переживание травматической ситуации фрагментарно. Часто пациенты не способны вспомнить важные эпизоды травматического события. Выражением диссоциированных воспоминаний о травме становятся навязчивые воспоминания, флешбэки и кошмарные сновидения [32]. Идентификация факторов риска важна для профилактики и управления симптомами ПТСР [35], которые должны быть диагностированы и учтены психотерапевтом уже в раннем периоде ПСМТ.

**ПР у пациентов с ПСМТ.** Процесс приспособления пациентов с ПСМТ движется через четыре этапа: шок и переживание катастрофы, недостаточное осознание последствий травмы; панику и страх, отрицание травмы и стремление к чуду; бездну отчаяния и хаос; размышления о смысле жизни с адаптацией к физической инвалидности, самопринятием и ПР [39].

ПР диагностируется при появлении новых возможностей в результате столкновения со сложными жизненными обстоятельствами. R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun [13] определили пять областей изменений, в которых он проявляется. Это новые жизненные возможности, ощущение своей личностной силы, возрастание близости с другими людьми, осознание ценности жизни, возрождение духовных интересов и перестройка системы ценностей. При этом происходит активизация внутренних ресурсов, строятся новые и укрепляются старые социальные связи, меняются убеждения, касающиеся жизни и самого себя. Таким образом, ПР становится одним из показателей преодоления экстремальной ситуации [1, 40]. Имеется прямая положительная связь между показателями ПР и оценкой пациентами качества своей жизни [41]. Чаще всего ПР представляет собой изменение мировоззрения, поиск и формулирование новых смыслов. Однако такой вариант развития должен быть человеку по силам, крайняя интенсивность травматических переживаний может быть причиной суицида или психоза. Поэтому основой ПР являются достаточные навыки преодоления трудностей.

В исследовании E. Weitzner и соавт. [42] выделены три уровня изменений: личностный — сам пациент, межличностный — его отношения с друзьями (сверстниками) и уровень сообщества инвалидов. ПР сопутствовали такие важные аспекты, как принятие своей инвалидности, личностный и духовный аспекты, наличие системы межличност-

ной поддержки. Н.С. Griffiths и соавт. [43] провели полуструктурированное интервью у 6 пациентов с ПСМТ, которые описали и объяснили свой ПР. Авторы проанализировали транскрипты и выделили несколько тем, характеризующих важные аспекты хорошей адаптации при ПСМТ.

Первая тема — «Жить нормальной жизнью». Она включала в себя такие подтемы (принципы), как возвращение к нормальной жизни (преодоление физических и психологических трудностей); осознание пациентом того, что он тот же человек, что и раньше; понимание неизменности целей и ценностей, движение к ним (сохранение ощущения направленности жизни и чувства нормальности); осознание того, что в жизни есть взлеты и падения (как нормальная часть обычной жизни); поиск разных способов ведения дел, несмотря на физические ограничения.

Вторая тема — «Добиваться успеха, преодолевая проблемы». Подтемы описывают способы преодоления проблем и их влияние на жизнь пациентов. Это внутренние ресурсы личности и ее когнитивный стиль (травма как вызов для личности, мнение о себе как о человеке, способном справиться); затем травма как инструмент для обретения новых возможностей (акцент на позитивных возможностях, а не на препятствии), принятие и изменение (жить с тем, что есть, добиться изменений в контролируемых областях жизни), а также рост и изменение (ощущение собственного роста, зрелости).

Третья тема — «Использование доступных ресурсов». Эта тема отражает использование внешних ресурсов для совладания с проблемами. Она включает поддержку со стороны окружающих (способность справиться, вера в себя и одобрение других), осмысленную деятельность (поиск внешних ресурсов, важность ежедневных достижений), а также новые физические и психологические навыки совладания. Таким образом, участники исследования использовали как внешние, так и внутренние ресурсы [43], что делало их устойчивыми в период приспособления и определяло положительный результат адаптации.

S. Chun и Y. Lee [20] с помощью тематического анализа нарративов также определили три основные темы пациентов с ПСМТ: 1) опыт близких семейных отношений (эмоциональная близость, доверие и взаимность); 2) опыт участия в лично значимой деятельности (распознавание своей личностной силы, укрепление социальных отношений посредством деятельности, опыт положительных эмоций); 3) оценка своей жизни, в том числе повседневной, сравнение себя и других, а также сравнение себя с собой же до и после травмы (видение жизни с другой перспективой). Изучая особенности жизни пациентов с ПСМТ эти же авторы отметили важную роль таких четырех аспектов, как: а) возможность найти личные силы и способности; б) построение товарищеских и доверительных отношений с другими людьми; в) поиск смысла травматического опыта и смысла повседневной жизни; г) переживание положительных эмоций. Полученные данные могут лежать в основе практических рекомендаций по психологической и социальной работе с этой группой пациентов [44].

Среди копинг-факторов, связанных с ПР, называют позитивный рефрейминг, избегание мыслей о стрессе и отвлечение [45].

Валидным и надежным инструментом измерения ПР оказался опросник посттравматического роста (ОПТР),

Таблица 2. Факторы, позитивно влияющие на ПР

Факторы	Число пациентов	Источник
Молодой возраст	824	[14]
Женский пол	824	[14]
Неузкоспециализированное образование	824	[14]
Психологическая устойчивость, жизнестойкость	37 87	[46] [47]
Внутренний локус контроля	Данные метаанализа	[45]
Религиозность	169	[48]
Проблемно-ориентированный копинг	169	[48]
Сохранение надежды	169 Данные метаанализа	[48] [45]
Низкий уровень депрессии	141	[49]
Поведенческий и когнитивный копинг	161	[50]
Оптимизм, открытость, уверенность в себе	Данные метаанализа	[45]
Участие в параспорте, социальная включенность	12 15	[51] [44]
Хорошие семейные отношения	15	[44]

Таблица 3. Факторы, негативно влияющие на ПР

Факторы	Число пациентов	Источник
Травма в результате насилия	824	[14]
Возраст (старение)	Данные метаанализа	[52]
Высокий уровень повреждения, большая тяжесть травмы	824	[14]
Высокий уровень депрессии	824	[14]
Нейротизм	Данные метаанализа	[45]
Копинг-стратегия избегания	169	[53]

разработанный Тадеши и Калхауном и адаптированный М.Ш. Магомед-Эминовым [40]. Он включает в себя пять шкал: отношение к другим, новые возможности, сила личности, духовные изменения, повышение ценности жизни.

Факторам, положительно и отрицательно влияющим на ПР у пациентов с ПСМТ, посвящена серия исследований, которые сведены нами в табл. 2 и 3.

**Социально-психологические и психотерапевтические интервенции, способствующие ПР.** Личное участие пациентов с ПСМТ в общественных мероприятиях благоприятствует ПР. S. Chun и Y. Lee [20, 44] заключили, что большое значение имеет вовлечение пациентов в лично-значимые мероприятия, которые позволяют укрепить сильные стороны личности и социальные отношения. Такие связи помогают достичь ощущения субъективного благополучия и ориенти-

руют на достижение жизненных целей. S. Joseph и L. Murphy [54] считают, что в состоянии посттравматического стресса возникает потребность в аффективно-когнитивной обработке события травмы, при этом психологические и социально-средовые факторы могут способствовать или препятствовать ПР. Психологическая модель авторов исходит из понимания сути посттравматического стресса, который начинается с травматического события, влекущего за собой определенные когнитивные процессы, оценки, эмоции и копинг-стратегии. Это циклически повторяющийся процесс (до тех пор, пока не будут уменьшены расхождения между восприятием мира до травмы и новой, связанной с травмой информацией), на который влияют личность и социально-средовые условия. Для разрешения этих противоречий авторы предлагают несколько типов полезных интервенций: а) идентификация вместе с пациентом факторов, препятствующих социальной поддержке; б) терапевтическая работа с пациентом по переоценке и переосмыслению травматического опыта; в) помощь для улучшения эмоционального состояния; г) развитие полезных копинг-стратегий; д) обучение пациентов релаксации, позитивному отношению к себе, осознанности.

Стратегической задачей психотерапевта является балансирование между поддержкой в переживании опыта травмы с использованием техник травматерапии и доверием к собственным возможностям пациента к самоорганизации, выбору направления в ходе терапии и процессе выздоровления от травмы. Учитывая факто-

ры, способствующие и препятствующие ПР у пациентов с ПСМТ, работа психотерапевта должна быть направлена на диагностику симптомов посттравматического стресса и коррекцию эмоционального состояния пациента [35]; формирование социальных навыков как основы социальной включенности пациентов [55]; содействие социальной (межличностной) поддержке [56, 57] и социальной включенности [44, 51]; формирование внутреннего локуса контроля [45]; обучение полезным копинг-стратегиям [48]; укрепление отношений в семье [44].

Таким образом, формирование оптимальной психологической траектории пациентов с ПСМТ (ПР) предполагает полноценное участие в реабилитационном процессе психотерапевта, диагностирующего и корректирующего направление этого движения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Магомед-Эминов МШ. Феномен посттравматического роста. Вестник ТГУ. 2009;(3):111-7. [Magomed-Eminov MSh. The phenomenon of post-traumatic growth. *Vestnik TGU*. 2009;(3):111-7. (In Russ.).]
2. Смирнов АВ. Самоизоляция личности в критической жизненной ситуации физической инвалидности. Дисс. ... канд. псих. наук. 2002. 163 с. [Smirnov AV. The isolation of the individual in critical life situations of physical disability. Diss. ... cand. psych. sci. 2002. 163 p.]
3. Котова ОА, Байкова ИА. Эмоциональный, поведенческий и когнитивный механизмы совладания со стрессом при спинномозговой травме. Междисциплинарный подход к терапии и реабилитации психических расстройств. В кн.: Сборник трудов Межрегиональной научно-практической конференции. Тула: ТулГУ; 2013. С. 30-3. [Kotova OA, Baikova IA. Emotional, behavioral and cognitive mechanisms of coping with stress at spinal injury. A multidisciplinary approach to treatment and rehabilitation of mental disorders. In: *Sbornik трудов Mezhtsegiional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Proceedings of the Interregional scientific-practical conference]. Tula: TulGU; 2013. P. 30-3.]
4. Толкачева ОН. Базисные убеждения, посттравматический стресс и посттравматический рост после травмы позвоночника. Известия Саратовского университета. 2016; 16(3):326-9. [Tolkacheva ON. Basic beliefs, posttraumatic stress and posttraumatic growth after trauma of the spine. *Izvestiya Saratovskogo universiteta*. 2016;16(3):326-9. (In Russ.).]
5. Толкачева ОН. Социально-демографические предикторы депрессии, посттравматического стресса и посттравматического роста после травмы позвоночника. Научное обозрение: гуманитарные исследования. 2016;(4):87-94. [Tolkacheva ON. Socio-demographic predictors of depression, posttraumatic stress and posttraumatic growth after trauma of the spine. *Nauchnoe obozrenie: gumanitarnye issledovaniya*. 2016;(4):87-94. (In Russ.).]
6. Krause JS, Saunders LL, Newman S. Posttraumatic stress disorder and spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010 Aug;91(8):1182-7. doi: 10.1016/j.apmr.2010.05.012.
7. Nabors A, Meadows EA. Posttraumatic Stress Disorder in Violence-Induced Spinal Cord Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*. 1999;4(3):62-9.
8. Nielsen MS. Post-traumatic stress disorder and emotional distress in persons with spinal cord lesion. *Spinal Cord*. 2003 May;41(5):296-302.
9. Nielsen MS. Prevalence of posttraumatic stress disorder in persons with spinal cord injuries: the mediating effect of social support. *Rehabil Psychol*. 2003;48(4):289-95.
10. Klyce DW, Bombardier CH, Davis TJ, et al. Distinguishing Grief From Depression During Acute Recovery From Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015 Aug;96(8):1419-25. doi: 10.1016/j.apmr.2015.02.018. Epub 2015 Mar 3.
11. Kennedy P, Rogers B. Anxiety and Depression after Spinal Cord Injury: A Longitudinal Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000 Jul;81(7):932-7.
12. Wang Y, Wang H, Wang Z, et al. The process of posttraumatic growth in individuals with traumatic spinal cord injury in Mainland China: An interpretative phenomenological analysis. *J Health Psychol*. 2015 Oct 14. pii: 1359105315610812. [Epub ahead of print]
13. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004;15(1):1-18.
14. Kalpakjian CZ, McCullumsmith CB, Fann JR, et al. Post-traumatic growth following spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 2014 Mar; 37(2):218-25. doi: 10.1179/2045772313Y.0000000169. Epub 2013 Nov 11.
15. McMillan JC, Cook CL. The positive by-products of spinal cord injury and their correlates. *Rehabilitation Psychology*. 2003;48(2):77-85.
16. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *J Trauma Stress*. 1996 Jul;9(3):455-71.
17. Magomed-Eminov M. Post-traumatic stress disorders as a loss of meaning of life II States of mind. 1<sup>st</sup> edition. Oxford: 1997.
18. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clin Psychol Rev*. 2006 Sep;26(5):626-53. Epub 2006 Mar 3.
19. Park CL, Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. *Rev. General Psychol*. 1997;1(2):115-44.
20. Chun S, Lee Y. The role of leisure in the experience of posttraumatic growth for people with spinal cord injury. *J Leisure Res*. 2010; 42(3):393-415.
21. Phillip SH. A three-stage model of coping with loss and trauma. In: Maercker A, Schutzwohl M, Solomon Z, editors. Posttraumatic stress disorder: A lifespan envelopment perspective. Seattle: Hogrefe & Huber; 1999. P. 43-78.
22. Taylor SE. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *Am Psychol*. 1983;38(11):1161-73.
23. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Oct;68(5):748-66.
24. Толкачева ОН. Особенности психологического состояния пациентов с последствиями травмы спинного мозга. Психология психических состояний: сборник материалов по итогам IX Международной зимней школы по психологии состояний, 26–27 февраля. Выпуск 5. Казань: Издательство Казанского университета; 2015. С. 157-60. [Tolkacheva ON. *Osobennosti psikhologicheskogo sostoyaniya patsientov s posledstviyami travmy spinnogo mozga*. *Psikhologiya psikhicheskikh sostoyanii: sbornik materialov po itogam IX Mezhdunarodnoi zimnei shkoly po psikhologii sostoyanii*, 26–27 fevralya [Peculiarities of the psychological status of patients with consequences of spinal cord injury. The psychology of mental states: the collection of materials of the IX International winter school on psychology states, 26-27 February]. Issue 5. Kazan': Izdatel'stvo Kazanskogo universiteta; 2015. P. 157-60.]
25. Agar E, Kennedy P, King NS. The role of negative cognitive appraisals in PTSD symptoms following spinal cord injuries. *Behav Cogn Psychother*. 2006;34(4):437-52.
26. Boyer BA, Knolls ML, Kafkalas M, et al. Prevalence and relationships of posttraumatic stress in families experiencing pediatric spinal cord injury. *Rehabil Psychol*. 2000;45(4):339-55.
27. Boyer BA, Tollen LG, Kafkalas CM. A pilot study of posttraumatic stress disorder in children and adolescents with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*. 1998;11(1):75-81.
28. Chung MC, Preveza E, Papandreou K, Prevezas N. The relationship between posttraumatic stress disorder following spinal cord injury and locus of control. *J Affect Disord*. 2006 Jul;93(1-3):229-32. Epub 2006 May 2.
29. Kennedy P, Evans MJ. Evaluation of post traumatic distress in the first 6 months following SCI. *Spinal Cord*. 2001 Jul;39(7):381-6.
30. Radnitz CL, Schlein IS, Walcsak S, et al. The prevalence of posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*. 1995;8(4):145-9.
31. Schönenberg M, Reimtz M, Jusyte A, et al. Depression, posttraumatic stress, and risk factors following spinal cord injury. *Int J Behav Med*. 2014 Feb;21(1):169-76. doi: 10.1007/s12529-012-9284-8.
32. Otis C, Marchand A, Courtois F. Risk factors for posttraumatic stress disorder in persons with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2012 Summer;18(3):253-63. doi: 10.1310/sci1803-253.
33. Quale AJ, Schanke AK, Froslic KF, Rois O. Severity of injury does not have any impact on posttraumatic stress symptoms in severely injured patients. *Injury*. 2009 May;40(5):498-505. doi: 10.1016/j.injury.2008.11.006. Epub 2009 Mar 29.
34. Danner G, Radnitz CL. Protective factors and posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *Int J Rehabil Health*. 2000;5(3):195-203.
35. Moodley N, Pillay BJ. Post-traumatic stress in patients with spinal-cord injuries. *South African Journal of Psychology*. 2013;43(2):182-97.
36. Martz E. Associations and predictors of posttraumatic stress levels according to person-related, disability-related, and trauma-related variables among individuals with spinal cord injuries. *Rehabil Psychol*. 2005;50(2):149-57.
37. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol*

- Bull.* 2003 Jan;129(1):52-73.
38. Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and worry: investigating narrow specificity in nonclinical sample. *Cognit Ther Res.* 2001;25(5):551-8.
39. Chung CH, Yang YO, Kuo LT. Finding a Way to Cope: A Qualitative Study of the Experiences of Persons With Spinal Cord Injury. *J Neurosci Nurs.* 2015 Dec;47(6):313-9. doi: 10.1097/JNN.000000000000169.
40. Магомед-Эминов МШ. Позитивная психология человека. Москва: ПАРФ; 2007. [Magomed-Eminov MSh. *Pozitivnaya psikhologiya cheloveka* [The positive psychology of the person]. Moscow: PARF; 2007.]
41. Akbarpour M. Correlation between quality of life and post traumatic growth in patients of spinal cord injury Biosci. *Biotech. Res. Asia.* 2015;12(3):2125-32.
42. Weitzner E, Surca S, Wiese S. Getting on with life: Positive experiences of living with a spinal cord injury. *Qual Health Res.* 2011 Nov;21(11):1455-68. doi: 10.1177/1049732311417726. Epub 2011 Aug 16.
43. Griffiths HC, Clinpsy D, Kennedy P. Continuing with life as normal: Positive psychological outcomes following spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2012 Summer; 18(3):241-52. doi: 10.1310/sci1803-241.
44. Chun S, Lee Y. The Experience of Posttraumatic Growth for People With Spinal Cord Injury. *Qual Health Res.* 2008 Jul;18(7): 877-90. doi: 10.1177/1049732308318028.
45. Colleen AJ. Posttraumatic Growth: Is there evidence for changing our practice? *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies.* <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2007-1/jackson.htm>
46. Graham D, Becerril-Martinez G, Tang J. Who is the surgically resilient individual with traumatic spinal cord injury? *J Spine Surg.* 2016 Sep;2(3):230-233.
47. Pollard C, Kennedy P. A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: a 10-year review. *Br J Health Psychol.* 2007 Sep;12(Pt 3):347-62.
48. Byra S. Posttraumatic growth in people with traumatic long-term spinal cord injury: predictive role of basic hope and coping. *Spinal Cord.* 2016 Jun;54(6):478-82. doi: 10.1038/sc.2015.177. Epub 2015 Dec 8.
49. Kunz S, Joseph S, Geyh S, Pete C. Posttraumatic growth and adjustment to spinal cord injury: moderated by posttraumatic depreciation? *Psychol Trauma.* 2016 Jun 27. [Epub ahead of print]
50. January AM, Zebracki K, Chlan KM, Vogel LC. Understanding post-traumatic growth following pediatric-onset spinal cord injury: the critical role of coping strategies for facilitating positive psychological outcomes. *Dev Med Child Neurol.* 2015 Dec;57(12):1143-9. doi: 10.1111/dmcn.12820. Epub 2015 Jun 11.
51. Crawford JJ, Gayman AM, Tracey J. An examination of post-traumatic growth in Canadian and American ParaSport athletes with acquired spinal cord injury. *Psychol Sport Ex.* 2014;15(4):399-406.
52. Bombardier CH, Ehde DM, Stoelb B, Molton IR. The relationship of age-related factors to psychological functioning among people with disabilities. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2010 May;21(2):281-97. doi: 10.1016/j.pmr.2009.12.005.
53. Byra S. Posttraumatic growth and psychosocial adaptation in people with spinal cord injury: predictive roles of coping and positive orientation. *Hyheia Public Health.* 2015; 50(2):362-71.
54. Joseph S, Murphy L. Affective-cognitive Processing and Posttraumatic growth. In: Joseph S, Murphy L, editors. *Trauma and the therapeutic Relationship. Approaches to Process and Practice.* PALGRAVE MACMILLAN; 2013.
55. Булюбаш ИД, Башта ОС. Социальные навыки, особенности социальной сети и психологическое благополучие пациентов с последствиями спинномозговой травмы. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2016;(3):137-42. [Bulyubash ID, Bashta OS. Social skills, social network and psychological well-being of patients with consequences of cerebrospinal trauma. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya.* 2016;(3):137-42. (In Russ.)].
56. Булюбаш ИД, Башта ОС. Факторы, определяющие социальную поддержку у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(1):43-8. [Bulyubash ID, Bashta OS. Factors determining social (interpersonal) support in patients with vertebral spinal cord injury. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neurosychiatry, Psychosomatics.* 2016;8(1):43-8. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-43-48
57. Булюбаш ИД. Психологическое благополучие и социальная (межличностная) поддержка пациентов с последствиями спинномозговой травмы. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015;(3): 50-6. [Bulyubash ID. Psychological well-being and social (interpersonal) support for patients with consequences of cerebrospinal trauma. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya.* 2015;(3):50-6. (In Russ.)].

Поступила 20.02.2017

#### Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.