

# ПСИХОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОЗВОНОЧНО-СПИНОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

И.Д. БУЛЮБАШ

В статье представлен обзор научной литературы по теме за последние двадцать лет. Выделены ведущие направления психотерапии пациентов со спинальной травмой. Описаны основные знания и навыки, необходимые для психотерапевта (клинического психолога), работающего в реабилитационном стационаре.

**Ключевые слова:** спинальная травма, реабилитация, психологические последствия спинальной травмы, направления психотерапии, знания и навыки в области психотерапии

Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) составляет до 15% всех видов травм и существенно нарушает физическое, социальное и психологическое функционирование пациента [Кокоткина и др., 2008]. Тем не менее, довольно часто эффект восстановительного лечения оценивается лишь по физическим и функциональным результатам, несмотря на то, что при спинальной травме существенно страдает психологическое состояние пациента [Dezarnaulds, Ilchef, 2002; Post, van Leeuwen, 2011]. Успешная реабилитация включает интеграцию пациента в общество и приспособление пациента к новому жизненному стилю с достижением удовлетворяющих его межличностных отношений, ролей и возможностей выразить себя. Психотерапия пациентов со спинальной травмой направлена на достижение максимально возможного эмоционального комфорта, реализацию реабилитационного потенциала и минимизацию психологических нарушений [Kennedy, 2007; Kennedy, 2001].

В связи с этим T.D. Stewart еще в 1987 году в своей классической работе «Psychiatric Diagnosis and Treatment Following Spinal Cord Injury»

[Stewart, 1988] поставил вопрос, может ли вербальная психотерапия помочь пациенту со спинальной травмой. Может ли психотерапевт сказать что-то, не являющееся абсурдом, в ответ на слова пациента: «Я чувствую себя беспомощным»? Автор считает, что даже самый беспомощный пациент чувствует себя более беспомощным, чем есть на самом деле, и терапевт должен быть способен к конфронтации с такой разновидностью беспомощности. У некоторых пациентов наличие травмы может служить оправданием их неосознанных страхов. Например, пациенты часто просто не просят помощи, хотя на самом деле эта просьба увеличила бы их возможности, или, наоборот, не делают того, что в состоянии сделать сами. Инсайт-ориентированная психотерапия (автор имеет в виду психодинамическое направление) может помочь рассмотреть свою травму в разных ракурсах — в том, *что* именно потеряно, а что нет. В терапии также может быть присвоено чувство гнева и прожито горе по поводу утраты, выделены неосознаваемые смыслы потери (например, страх возмездия, усиленный травмой). Все это может тормозить эмоциональное развитие пациента и постановку им реалистических целей. В то же время физические нарушения пациента могут осложнять его идентификацию с психотерапевтом, влияя на процесс и содержание психотерапевтической сессии. Кроме того, реальные ограничения пациентов мешают регулярным встречам с психотерапевтом (однако современные технические возможности — «терапия по скайпу» — отчасти снимают эти ограничения). Наилучшее время для максимальной психологической поддержки пациента — это реабилитационный период (стационарное восстановительное лечение) [Karp, 1999].

Традиционно психотерапия пациентов со спинальной травмой включает поведенческую терапию, гипнотерапию, групповую психотерапию, биологическую обратную связь [Kennedy, 2001]. Работа клинического психолога-психотерапевта с данными пациентами ориентирована на помощь в изменении психических паттернов, ограничивающих эффективное приспособление [Karp, 1999; Wilder, 2006]. Западные психологи и психотерапевты, работающие с пациентами, получившими спинальную травму, выделяют медицинскую и обучающую модели психотерапии. Медицинская модель подразумевает консультирование и психотерапию, а нередко и психофармакотерапию. Обучающая модель психотерапии ориентирована на обучение пациентов приспособлению к ограничениям и сфокусирована на активном участии пациента в реабилитационном процессе [Carpenter, 1994]. R.V. Trieschmann считает, что медицинская модель уместна в острой фазе спинальной травмы, а обучающая — во время восстановительного процесса [Trieschmann, 1989; Trieschmann, 1988].

Большинство описанных в научной литературе методов психотерапии пациентов со спинальной травмой относится к когнитивному направлению, которое придает особое значение личностным убеждениям, ограничивающим достижение целей реабилитации [Boekamp et al., 1996; Craig, 2000; Craig et al., 1994; Galvin, Goodfrey, 2001; King, Kennedy, 1999; Trieschmann, 1989]. Эффективность интервенций, проводимых в рамках когнитивно-поведенческого подхода, у пациентов со спинальной травмой традиционно считается высокой [Craig et al., 1998; Dorstyn et al., 2011; Dorstyn et al., 2010; Livingston et al., 2006; Mehta et al., 2011], особенно в отношении депрессии и тревоги. В некоторых случаях для лечения депрессии лучшей стратегией является комбинирование психотерапии и психофармакотерапии [Kemp et al., 2003], а также интервенции в рамках позитивной психологии [Sin, Lyubomirsky, 2009]. В то же время существуют и другие направления психотерапии, подразумевающие не только приспособление к ограничениям, но и развитие пациента (гештальт-терапия).

#### **Когнитивная (рационально-эмоциональная) психотерапия**

Данное направление создано А. Эллисом [Эллис, 2002] и А. Бекком [Бек, 2006]. Эти авторы разработали систему психотерапии, которая подчеркивает роль нереалистичных ожиданий и иррациональных убеждений в эмоциональном состоянии человека. С их точки зрения, настроение и поведение индивидуума в значительной степени определяется присущим ему способом толкования и объяснения мира. Бек описал эти конструкты как отрицательные когнитивные модели, или «схемы». По Эллису, источником эмоций являются главным образом когниции (идеи и мысли), а не события. Предполагается, что эмоциональные последствия событий являются не последствиями событий непосредственно, а последствиями иррациональных убеждений о событиях. Задачей рационально-эмотивной психотерапии является не только устранение нарушений, вызванных иррациональными убеждениями, но и работа с предрасположенностью человека к искаженному мышлению. В рамках рационально-эмотивной терапии психолог (психотерапевт) вместе с пациентом работает над иррациональными убеждениями пациента со спинальной травмой, мешающими успешно приспособиться к последствиям этой травмы.

Например, наиболее распространенными убеждениями пациентов со спинальной травмой являются:

- *Моя жизнь закончена, и я уже никогда не буду счастлив.*
- *Для того, чтобы быть счастливым, я должен ходить.*

- *Из-за травмы я никогда не смогу работать и иметь семью.*
- *Из-за своей травмы я неполноценен.*
- *Никто не будет принимать, уважать и любить меня.*
- *Люди будут чувствовать, делать для меня что-то только из жалости.*
- *Каждый сможет обидеть меня, поскольку я не смогу защитить себя.*

Наличие тех или иных убеждений зависит от пола, возраста получения травмы, восприятия своего здоровья, оценки ближайшего окружения и потребности в лечении и связаны с очень сильными эмоциями гнева и страха. У пациентов с подобными убеждениями в течение первого года после травмы возникают чувства печали, одиночества, безысходности, особенно в том случае, когда пациент считает, что из-за последствий спинальной травмы его не будут уважать и любить. Подобные чувства сочетаются с нежеланием заботиться о себе, активно участвовать в восстановительном лечении и жизни семьи, общаться с другими людьми. G. Capr выделяет три типа поведения, препятствующего активному участию пациента в реабилитационном процессе [Карр, 1999]:

- пассивно-агрессивное поведение, когда пациент безразличен к попытке помочь ему и, в то же время, слагает с себя ответственность за изменения;
- крайняя зависимость, при которой пациент недостаточно активен и упускает шанс почувствовать свои личные достижения;
- выраженное антисоциальное поведение, при котором пациент представляет опасность для себя и других людей.

Нередко индивидуумы с зависимостями возвращаются к употреблению алкоголя или наркотиков. Все это влечет за собой медицинские проблемы (инфекции мочевыводящих путей, колебания давления и т.п.) и ограничивает активность пациента по восстановлению функций.

Члены семьи пациента также могут иметь проблемы с иррациональными убеждениями — как пациента, так и своими собственными. Например, они могут полагать, что должны всё делать для члена семьи, тем самым активно формируя зависимое поведение. Или они могут испытывать вину за свое благополучие и жалеть родственника в связи с тем, что жизнь обошлась с ним несправедливо. Такое поведение не поддерживает собственную активность пациента. Членам семьи также необходимо работать с иррациональными убеждениями, ложными предположениями и нереалистическими мыслями для уменьшения своей тревоги и стресса [Klebine, 2001]. Работа терапевта заключается в поиске и исследовании таких убеждений и особенностей мышления. Обсуждаются: 1) употребление слов «никогда», «всегда», «никто» и т.п.; 2) склонность к преувеличению; 3) фокусирование на негативном и игнориро-

вание позитивного; 4) долженствования; 5) негативные мысли о будущем.

Оценка эффективности психотерапевтических методов в реабилитации пациентов со спинальной травмой сталкивается с определенными трудностями и ограничениями в валидности и экстраполяции данных. Это происходит, во-первых, из-за гетерогенности групп пациентов со спинальной травмой (преморбидные особенности и проблемы пациента, особенности семейных отношений, давность патологии, уровень и тяжесть повреждения и т.п.); во-вторых, из-за сложности выделения эффекта психотерапии в ряду других реабилитационных интервенций; в-третьих, из-за различных подходов к измерению эффективности; в-четвертых, из-за отсутствия групп сравнения (без психотерапии) из-за этического принципа оказания наилучшей помощи пациентам. Возможно также, что эффективность терапии в большей мере зависит от квалификации ее носителя (психотерапевта), нежели от особенностей самого подхода. Основными критериями эффективности психотерапии обычно называют снижение уровня депрессии и тревоги, с помощью которых пытаются оценить качество приспособления пациента. Это связано с наличием инструментария для измерения именно этих параметров состояния пациента и меньшим количеством надежных опросников для оценки других.

### **Стратегическая психотерапия (проблеморазрешающий подход)**

Стратегическая психотерапия фокусируется на эффективном решении проблем. В проблеморазрешающем подходе к пациенту со спинальной травмой важно, чтобы пациент оказался вовлеченным в восстановительный процесс «как активный агент, а не как пассивный объект» в руках реабилитационной команды [Trieschmann, 1988].

Целями проблеморазрешающей терапии являются: 1) поиск причины расстройств настроения или поведения; 2) поиск ресурсов для преодоления трудностей; 3) обучение методам, позволяющим справляться с текущими проблемами; 4) усиление ощущения контроля над проблемами; 5) развитие навыков для решения будущих проблем [Bannan, 2006]. В тренировке навыков выделяют две фазы — анализ проблем и анализ решений. Анализ проблем необходим потому, что пациенты нередко преподносят свои проблемы в недифференцированном виде («я не могу», «у меня не получается»). Психотерапевт способствует различению и вербализации проблем, а затем помогает клиенту продумать и оценить возможные решения.

Известно, что наилучшего приспособления к последствиям спинальной травмы достигают хорошо мотивированные люди. Пациенты,

которые получили спинальную травму, зачастую имеют необоснованную надежду на то, что паралич носит временный характер и вскоре они «полностью восстановятся». Однако после спинальной травмы большинство пациентов становятся инвалидами. Это не означает, что ВСЕ надежды потеряны. Мотивация и хорошо сформулированные цели про двигают индивидуума далеко вперед, и многие из пациентов нуждаются в обучении эффективному разрешению проблем, которые встречаются их на пути к целям [Elliott et al., 2004; Elliott, 1999].

Для пациентов реабилитационного стационара и особенно для пациентов с депрессией часто используется тренинг проблемной ориентации и проблемо-разрешающих навыков [D'Zurilla et al., 2004; D'Zurilla et al., 2002; Elliott, 1999; Nezu et al., 2007; Nezu, Perri, 1989]. Т.Д. D'Zurilla и соавторы [D'Zurilla et al., 2002; Elliott, Berry, 2009] выделили позитивную и негативную ориентацию в проблеме. Позитивная ориентация — это убеждения и чувства, ожидания и способности, которые мотивируют людей решать проблемы. Негативная ориентация характеризуется негативной самооценкой пациента и его негативными ожиданиями в отношении будущего. Именно этот компонент и требует развития активных навыков проблеморазрешения. К ним относятся: определение проблемы, разработка альтернатив, оценка, применение, мониторингирование решений и выбор наиболее рационального решения.

### **Групповая психотерапия**

Групповая терапия является ценным инструментом для достижения психологического приспособления пациентов, удовлетворенности жизнью и повышения ее качества [Кокоткина и др., 2008; Craig et al., 1998; Elliott, Shewchuk, 2002; Kennedy, 2008; Kennedy, 2008; Trieschmann, 1989]. С. Vash [Vash, 1981] применял групповой подход в рамках обучающей модели реабилитации. Кокоткина с соавторами [Кокоткина и др., 2007] рекомендовала групповую терапию пациентам, начиная со второго года восстановительного лечения.

Известно, что спинальная травма оказывает разрушительное действие на личность пациента и нередко влечет за собой развитие алкогольной или химической зависимости. М. Perez и С. Pilsecker [Perez, Pilsecker, 1994] использовали групповую психотерапию для работы с химически зависимыми пациентами со спинальной травмой. С их точки зрения, групповая терапия помогает улучшить приспособление к проблемам, специфичным для спинальной травмы, а также отказаться от употребления психоактивных веществ.

Групповая терапия также позволяет уменьшить уровень депрессии у пациентов со спинальной травмой, достичь более высокого уровня приспособления, уменьшить количество стационаризований и употребление лекарственных средств [Craig et al., 1998]. Есть указания на эффективность групповой терапии для развития проблемо-разрешающих навыков у асоциальных пациентов со спинальной травмой [Roback et al., 1990].

Поддерживающая групповая терапия также улучшает качество жизни пациентов [Duchnick et al., 2009; Duchnick et al., 2006]. Еженедельные групповые сессии предназначены для освещения своего опыта, предоставления информации о спинальной травме, для исследования эмоциональных и когнитивных реакций, а также для обеспечения поддержки и образовательной информации от наставников и психологов. Групповая терапия обеспечивает и стимулирует социальные контакты, способствует повышению самооценки [Frank, 1992; Galvin, Goodfrey, 2001].

A.R. Craig с соавторами [Craig et al., 1994] исследовали группу пациентов со спинальной травмой, с которыми в течение 10 недель проводилась групповая когнитивно-бихевиоральная психотерапия. Оценка состояния пациентов проводилась в течение двух лет после травмы. Основной целью программы было обучение когнитивным и поведенческим навыкам преодоления психологических и социальных трудностей. Контрольная группа пациентов проходила восстановительное лечение в том же центре ранее, когда занятия с пациентами еще не проводились. Пациенты, принявшие участие в тренинге, обнаружили существенно более высокий уровень субъективной оценки приспособления по сравнению с теми, кто в нем не участвовал, они реже поступали в стационар для лечения осложнений и использовали меньше препаратов.

C. King и P. Kennedy [King, Kennedy, 2009] изучили эффективность тренинга копинг-стратегий (Coping Effectiveness Training — часовая сессия в группе пациентов из 6-9 человек два раза в неделю). Тренинговые занятия включали дидактические и практические аспекты развития навыков приспособления. Авторы обнаружили снижение уровня депрессии в сравнении с контрольной группой пациентов. P. Kennedy с соавторами [Kennedy, 2007; Kennedy et al., 2003] разработал тематический тренинг для групп из 6—9 пациентов. Тематами групповых сессий были: нормализация стресса, навыки решения проблем, исследование чувств и поведения, связанных с иррациональными мыслями, осознание негативных убеждений и выбор собственного пути приспособления и поиска социальной поддержки. Психотерапевтическая работа стимулировала развитие эффективных копинг-стратегий. В группе пациентов со спинальной травмой достоверно уменьшились показатели уровня тре-

воги и депрессии сразу же после тренинга (в сравнении с контрольной группой). Исследование самооценки пациентов выявило уменьшение расхождения между Я-идеальным и Я-реальным (сразу после тренинга и затем в течение шести недель). Авторы связали улучшение состояния пациентов с улучшением самооценки, которая снижается в результате спинальной травмы и инвалидности, а также с появляющимся у пациентов в процессе тренинга ощущением, что они могут управлять ситуацией. Такая декатастрофизация, связанная с обсуждением в группе проблем и возможностей их разрешения, улучшает текущее настроение и уменьшает ощущение беспомощности. По мнению авторов, часть проблем может быть решена с помощью групповых семейных встреч.

### **Семейная психотерапия**

Спинальная травма одного из членов семьи существенно нарушает семейное равновесие. Семья борется с физическим, психологическим и социальным влиянием травмы пациента долгие месяцы и годы. Велико влияние спинальной травмы и на родственников, ухаживающих за пациентом. Инвалидность члена семьи влечет за собой постоянную необходимость помогать передвигаться, соблюдать личную гигиену, а также требует больших финансовых затрат. Ее следствием является синдром выгорания и физические недомогания, которые могут проявляться спустя годы после травмы. Супруги пациентов страдают от стресса, сравнимого по уровню со стрессом самого пациента [Kreuter, 2000; Kreuter et al., 1998]. Многие семьи остаются предоставленными сами себе в поисках пути приспособления к физическим, эмоциональным и экономическим эффектам спинальной травмы. Частым следствием всего этого являются разводы, социальная изоляция и проблемы со здоровьем. Любая семья, в которой появился спинальный пациент, должна получить поддержку от реабилитационного учреждения. В задачи группового семейного тренинга входит: определение ключевых членов семьи, предоставление им информации о болезни и лечебном процессе, предупреждение о возможных осложнениях, обеспечение текущей поддержкой и решением клинических проблем (по крайней мере, в течение 9 месяцев после травмы), расширение семейных и социальных контактов.

Предложенная В. Becker и соавторами [Becker et al., 2006] модель семейной психотерапии включает установление контакта с пациентом и его семьей, проведение обучающего воркшопа, работу с группой (пациенты и их семьи) для улучшения психосоциального функционирования и обучения навыкам проблеморазрешения [Becker et al., 2006; Rodgers et al., 2007]. Группа состоит из 4—8 семей, ведут ее два клинициста, а ино-



гда социальный работник, терапевт и другие специалисты. Каждая групповая сессия продолжается 90 минут (1—2 раза в месяц в течение года-полугода) и состоит из 4-х компонентов: социализации, ориентации, идентификации проблем и разрешения проблем. Эффективность данной модели семейной групповой терапии определяется:

1. Разделением опыта приспособления другими пациентами и их семьями. Пациент и его семья понимают, что они не одиноки и другие пациенты имеют похожий опыт. Чувство общности опыта является ресурсом для членов семьи и позволяет создать систему поддержки, действующую после окончания терапии в стационаре.

2. Способностью найти разные стратегии приспособления. Пациент и его семья могут принять на вооружение другие способы восприятия ситуации (интерпретации), реагирования, поведения в сходных обстоятельствах. Особенно ценен опыт тех пациентов и их семей, которые достигли некоторого прогресса в восстановительном лечении и приспособлении к последствиям травмы. Это рождает надежду на лучшее и мотивацию для тех, кто находится в начале этого процесса.

3. Общением между семьями. Межсемейное общение помогает выявлять эмоциональные проблемы, связанные со спинальной травмой, и справляться с ними. Рекомендации со стороны пациентов, перенесших спинальную травму, а также членов их семьи часто оказываются более эффективными, чем рекомендации собственных родных. Этот тип коммуникации особенно поощряется ведущими межсемейной группы.

M.L. Rodgers и соавторы [Rodgers et al., 2007], работающие в похожей модели, обнаружили после тренинга улучшение психосоциального благополучия пациентов и ухаживающих за ними родственников. Пациенты сообщили об уменьшении частоты депрессивных симптомов и гнева по отношению к окружающим, а также о большей удовлетворенности жизнью. У родственников пациентов отмечено уменьшение дистресса и интенсивности синдрома выгорания.

Содержание отдельных сессий определяется содержанием проблем пациентов и этапом лечения. В начале пребывания в реабилитационном стационаре пациент и его семья нуждаются в обучении (нейроанатомия, аспекты физической реабилитации, типичные реакции семьи пациента на травму). Ориентация фокусируется на медицинских осложнениях, оборудовании, реабилитационной активности, приспособлении, необходимом для управления новым образом себя, управлении стрессом, аспектах домашней адаптации, работе, социальном окружении и навыках коммуникации, а также управлении ежедневной деятельностью и заботе о себе. Члены группы (в особенности те, у кого есть опыт жизни со спиналь-

ной травмой) помогают семьям воспринимать важную информацию и приобретать новые навыки. Похожие сведения об уменьшении дисфункциональных способов решения проблем, а также об улучшении физического и социального функционирования членов семьи сообщили и другие авторы [Elliott, Berry, 2009; Livingston et al., 2006].

### **Гештальт-подход**

Ключевой идеей гештальт-подхода является концепция творческого приспособления. Здоровье организма зависит от способности индивидуума осознавать свои доминирующие потребности и удовлетворять их, поддерживая тем самым гомеостаз. Поиск способа, которым может быть удовлетворена актуальная потребность в данных условиях среды, составляет суть процесса творческого приспособления. Этот процесс является непрерывным, поскольку равновесие постоянно нарушается.

Концепция творческого приспособления акцентирует различия [Сименс, 2008] между активным, продуктивным взаимодействием человека с миром — и пассивной адаптацией к имеющимся условиям среды. В этом смысле творческое приспособление — это такой вариант контакта с миром, при котором могут быть удовлетворены собственные потребности и сохранены гармоничные отношения с миром и самим собой. В социальном плане это поиск равновесия между своими потребностями и потребностями других людей: человек может приспособить свое поведение к окружению или воздействовать на окружение для того, чтобы приспособить его к себе. Процесс поиска нового решения в ситуации неопределенности (при отсутствии заданного выбора) и будет творческим приспособлением. Хроническая невозможность удовлетворения актуальных потребностей лежит в основе формирования психосоматических симптомов и психической патологии.

Пациент со спинальной травмой сталкивается с огромным количеством ограничений и неопределенностью. Множество прежних способов удовлетворения своих потребностей (социальных, психологических и даже физиологических) прекращают свое существование; остаточные возможности (физические и психические) перестают соответствовать условиям среды. Новыми способами поддерживать при этом здоровое равновесие становятся собственные изменения (принятие имеющихся ограничений, личностный рост, обучение новым навыкам и профессиям), а также активное воздействие на среду для приспособления ее к своим ограничениям. Работа с пациентами состоит в создании специальных условий для осознания человеком своих переживаний, актуальных потребностей и восстановления его способности к выбору и действию как основы творческого приспособления.

Среди профессионалов реабилитационных учреждений дискутируется вопрос о характере отношений между пациентом со спинальной травмой и реабилитационным персоналом. Традиционным отношением в медицине является патернализм, при котором специалисты, работающие в реабилитации, считают планы и надежды на восстановление функций пациента нереалистическими. Эти оценки становятся особенно очевидными тогда, когда ответ личности на инвалидность не согласуется со стереотипной ролью инвалида или тогда, когда система оценок не согласуется с общепринятой среди профессионалов. Их называют трудными, конфликтными, нереалистичными или плохо мотивированными. С. Carpenter [Carpenter, 1994] полагает, что, как это ни парадоксально, именно пациенты, находящиеся внутри реабилитационной системы, поощряются системой к большей зависимости. Другой взгляд на инвалидность состоит в том, что необходимо учитывать индивидуальную картину мира пациента, его возможности по постановке социальных и личных целей, его собственные определения успеха. Более перспективно рассматривать реабилитацию как динамический процесс, в котором пациент получает некоторый опыт. При этом сопровождающие его профессионалы рассматриваются как ресурсные фигуры, а сами пациенты — как активные участники постановки целей, заботящиеся о своем лечении. В этом смысле именно гештальт-подход с его концепцией творческого приспособления способен обеспечить этот опыт творческого приспособления к ограничениям и опыт максимальной независимости, достигаемый в условиях партнерских отношений.

Исследование 72 пациентов с последствиями спинальной травмы в реабилитационном стационаре [Булюбаш, 2011; Булюбаш и др., 2007] выявило наиболее типичные психологические проблемы. Авторы исследования обнаружили, что для успешного завершения каждого этапа реабилитации психотерапевту (клиническому психологу) необходимо поощрять пациента в постановке индивидуальных целей и поиске средств их реализации. Одним из способов достижения этого является предложенная авторами методика «Линия изменений». Результатами применения данной методики является увеличение субъективной удовлетворенности пациента восстановительным лечением, снижение уровня тревоги и депрессии, что приводит к более активному участию пациента в реабилитационном процессе.

### **Обучение психологов и психотерапевтов реабилитационного стационара**

Представленный выше обзор литературы по психотерапии пациентов с последствиями спинальной травмы сфокусирован на разных на-

правлениях и аспектах терапии. В связи с этим возникают задачи специализированного обучения российских психологов и психотерапевтов для работы в реабилитационных учреждениях, поскольку традиционное психологическое и медицинское образование не предусматривает достижение такого количества ориентированных на данную группу пациентов навыков. Например, психологическая служба в системе медицинского обслуживания (Пало Альто, США) предоставляет возможности для двухгодичной подготовки в области нейропсихологии, в том числе и для работы с указанным контингентом пациентов [Neuropsychology Emphasis...]. Так, требования к психологам в Polytrauma Rehabilitation Center включают достижение таких навыков, как умение проводить нейропсихологический и психологический скрининг (а также и более глубокую психодиагностику), когнитивную реабилитацию, тренинг компенсационных стратегий для пациентов, индивидуальную психотерапию, тренинг и обучение пациента и его семьи, консультации для членов реабилитационной бригады, обучение младших коллег и персонала, исследования в области психологической реабилитации.

Еще более детально такие требования разработаны в The American Association of Spinal Cord Injury Psychologists and Social Workers [Standards for psychologists..., 2007].

Клинический психолог (психотерапевт), работающий с пациентами со спинальной травмой, должен:

- понимать философию и цели восстановительного лечения, роли и границы ответственности членов реабилитационной команды;
- ориентироваться в клинике и соматических последствиях спинальной травмы, уходе за пациентом, методах лечения и восстановления функций;
- иметь знания и навыки по клинической и психологической диагностике, включая оценку особенностей личности пациента, его интеллекта, поведения, нейропсихологического статуса, профессиональных предпочтений и психологического функционирования в целом;
- обладать навыками индивидуального консультирования (в одном-двух подходах), включая кризисные интервенции и работу с зависимостями;
- обладать знаниями и навыками в семейном консультировании, т.к. не только пациент, но и ухаживающие за ним родственники (семья) нуждаются в обучении, индивидуальном и семейном консультировании;
- проводить специализированные тренинги для пациентов со спинальной травмой: тренинги решения проблем, тренинги специальных

навыков (например, навыков общения или эффективных копинг-стратегий);

— совершенствоваться в избранной области практики и регулярно проводить супервизию своей работы в сложных случаях;

— знать и уважать права пациента.

Указанные навыки являются базовыми для специалистов в области психического здоровья, работающих с данной группой пациентов.

### **Выводы**

Реализация реабилитационного потенциала пациентов с последствиями спинальной травмы будет максимально полной при условии действий в двух направлениях: 1) при интервенциях психотерапевта (психолога), ориентированных на развитие пациента, и 2) при решении задач профессионального совершенствования персонала реабилитационных учреждений в области реабилитационной психологии.

Развитие пациента с последствиями спинальной травмы как личности подразумевает появление у него новых навыков и способностей, которые становятся основой для творческого приспособления в условиях реальных и мнимых ограничений. Разработка подходов и методов, стимулирующих такое развитие, является приоритетным направлением в психотерапевтической работе с пациентами в настоящее время.

Еще одной актуальной проблемой (и направлением для развития!) является обучение персонала реабилитационных учреждений. Российские клинические психологи и психотерапевты, а также медперсонал должны получить возможность специализироваться в указанной области, что требует разработки конкретных программ профессиональной подготовки.

### **ЛИТЕРАТУРА**

Бек А. Когнитивная терапия. М.: Вильямс, 2006.

Булюбаш И.Д. Психологическая реабилитация пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой: стратегии психотерапии // Журнал практического психолога. 2011. № 1. С. 6—22.

Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологические нарушения в восстановительном и позднем периодах позвоночно-спинномозговой травмы. Тезисы докладов научн.-практ. конф. «Актуальные проблемы нейрохирургии». Йошкар-Ола. 2007. С. 98—100.

Кокоткина Л.В., Цыганков Б.Д., Кочетков А.В., Добровольская Ю.В. Современные особенности медико-психологической реабилитации больных с травматической болезнью спинного мозга // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2008. № 2. С. 51—57.

- Кокоткина Л.В., Цыганков Б.Д., Кочетков А.В., Добровольская Ю.В. Современные особенности психокоррекции тревожно-депрессивных расстройств у больных с травматической болезнью спинного мозга. Материалы первого Всероссийского съезда врачей восстановительной медицины. М.: Реа-Спо-Мед, 2007. С. 138.
- Сименс Х. Практическое руководство для гештальт-терапевтов / пер. с голл. СПб.: «Издательство Пирожкова», 2008.
- Эллис А. Гуманистическая психотерапия. Рационально-эмоциональный подход. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
- Bannan N. 2006. Suicidal behaviour and cognitive problem solving therapy: theory, application and review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. V. 23. № 1. 29—32.
- Becker B., Dyck D., McFalane W., Norell D., Calow H. et al. 2006. *Multi-Family*.
- Boekamp J.R., Overholser J.C. and Schubert D.S. 1996. Depression Following a Spinal Cord Injury. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. V. 26. № 3. 329—349.
- Carpenter C. 1994. The experience of spinal cord injury; the individual's perspective. Implications for rehabilitation practice. *Physical Therapy*. V. 74. № 7. 614—629.
- Craig A. 2000. Clinical Psychology and Neurological Disability: Psychological Treatment for Spinal Cord Injury. *Clinical Psychologist*. V. 5. № 1. 8—13.
- Craig A.R., Hancock K.M., Chang E., and Dickson H.G. 1998. Immunizing against depression and anxiety after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. V. 79. № 4. 375—377.
- Craig A.R., Hancock K.M., and Dickson H.G. 1994. A Longitudinal Investigation into Anxiety and Depression in the First 2 Years Following a Spinal Cord Injury. *Paraplegia*. V. 32. № 10. 675—679.
- Dezarnaulds A. and Ilchef R. 2002. *Psychological Adjustment after Spinal Cord Injury*. Useful Strategies for Health Professionals. Rural Spinal Cord Injury Project. [http://www.ciap.health.nsw.gov.au/downloads/specialty/psychological\\_adjustment.pdf](http://www.ciap.health.nsw.gov.au/downloads/specialty/psychological_adjustment.pdf)
- Dorstyn D., Mathias J. and Denson L. 2011. Efficacy of cognitive behavior therapy for the management of psychological outcomes following spinal cord injury: a meta-analysis. *Journal of Health Psychological*. V. 16. № 2. 374—391.
- Dorstyn D.S., Mathias J.L. and Denson L.A. 2010. Psychological intervention during spinal rehabilitation: a preliminary study. *Journal of Spinal Cord Medicine*. V. 48. № 10. 756—761.
- Duchnick J.J., Letsch E.A. and Curtiss G. 2009. Coping effectiveness training during acute rehabilitation of spinal cord injury/dysfunction: a randomized clinical trial. *Rehabilitation Psychology*. V. 54. № 2. 123—132.
- Duchnick J., Asmussen S. and Cuevas-Soto N. 2006. *Support Group and Individual Psychotherapy Equally Effective in Reducing Depression During Rehabilitation*. [http://psychologists-social-workers.ascipro.org/documents/Download/abstracts\\_psw\\_2006.pdf](http://psychologists-social-workers.ascipro.org/documents/Download/abstracts_psw_2006.pdf)
- D'Zurilla T.J., Nezu A.M. and Maydeu-Olivares A. 2004. Social problem solving: Theory and assessment. In: *Social Problem Solving: Theory, Research, and Training*,

- ed. Chang E., D'Zurilla T.J. and Sanna L.J., 11–27. Washington, DC: American Psychological Association.
- D'Zurilla T.J., Nezu A.M. and Maydeu-Olivares A. 2002. *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Elliott T.R. and Berry J.W. 2009. Brief problem-solving training for family caregivers of persons with recent-onset spinal cord injuries: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*. V. 65. № 4. 406–422.
- Elliott T.R., Uswatte G., Lewis L. and Palmatier A. 2004. Goal Instability and Adjustment to Physical Disability. *Journal of Counseling Psychology*. V. 7. № 2. 251–265.
- Elliott T.R. and Shewchuk A. 2002. Using the Normal Group Technique to Identify the Problems Experienced by Persons Living with Severe Physical Disability. *Journal of Clinical Psychology*. V. 9. 65–76.
- Elliott T.R. 1999. Social Problem-Solving Abilities and Adjustment to Recent-Onset Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*. V. 44. № 4. 315–332.
- Frank R.A. 1992. *Structured Group Psychotherapy for Individuals with Spinal Cord Injury*. PsD diss., Oregon State University.
- Galvin I.R. and Goodfrey H.P. 2001. The Impact of Coping on Emotional Adjustment to spinal cord injury (SCI). Review of the Literature and Application of a Stress Appraisal and Coping Formulation. *Journal of Spinal Cord Medicine*. V. 39. № 12. 615–627.
- Karp G. 1999. *Life on Wheels: For the Active Wheelchair User*. Chapter 2. O'Reilly & Associates, Inc. <http://oreilly.com/medical/wheels/news/psychotherapy.html>
- Kemp B.J., Kahan J.S., Krause J.S., Adkins R.H. and Nava G. 2003. Treatment of major depression in individuals with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*. V. 27. № 1. 22–28.
- Kennedy P. 2008. *Coping Effectively with Spinal Cord Injuries: Therapists Guide. Treatments that work series*. Oxford University Press.
- Kennedy P. 2008. *Coping Effectively with Spinal Cord Injuries: Workbook*. Oxford University Press.
- Kennedy P. 2007. *Psychological Management of Physical disabilities: a practitioners guide*. Cambridge: Oxford University Press.
- Kennedy P., Duff G., Evans M. and Beedie A. 2003. Coping Effectiveness Training Reduces Depression and Anxiety Following Traumatic Spinal Cord Injuries. *British Journal of Clinical Psychology*. V. 42. № 1. 41–52.
- Kennedy P. 2001. Spinal Cord Injuries. Chapter 8, 19 in *Health Psychology*. V. 8: Comprehensive Clinical Psychology, ed. B y D.W. Johnson and M. Johnson, Amsterdam: Elsevier Science Publishers. 445–462.
- King C. and Kennedy P. 1999. Coping Effectiveness Training for People with Spinal Cord Injury: Preliminary Results of a Controlled Trial. *British Journal of Clinical Psychology*. V. 38. № 1. 5–14.
- Klebine P. 2001. *Adjustment to Spinal Cord Injury*. Published by: UAB Medical RRTC on Secondary Conditions of SCI UAB Spain Rehabilitation Center. <http://www.spinalcord.uab.edu/show.asp?durki=45578>

- Kreuter M. 2000. Spinal Cord Injury and Partner Relationship. *Journal of Spinal Cord Medicine*. V. 38. № 1. 2—6.
- Kreuter M., Sullivan M., Dahllof A.G. and Siosteen A. 1998. Partner Relationships, Functioning, Mood and Global Quality of Life in Persons with Spinal Cord Injury and Brain Injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*. V. 36. № 4. 252—261.
- Livingston L.A., Kreutzer J.S., Jeffrey S., and Taylor L.A. 2006. Principles of Goal Setting and Application of Problem-Solving Training with Families. [http://psychologists-social-workers.ascipro.org/documents/Download/abstracts\\_psw\\_2006.pdf](http://psychologists-social-workers.ascipro.org/documents/Download/abstracts_psw_2006.pdf)
- Mehta S., Orenczuk S., Hansen K.T., Aubut J.A., Hitzig S.L. et al. 2011. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence Research Team. An evidence-based review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for psychosocial issues post-spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. V. 56. № 1. 15—25.
- Nezu A.M., Nezu C.M. and D'Zurilla T.J. 2007. *Solving life's problems: A 5-step guide to enhanced well-being*. New York: Springer Publishing Co,
- Nezu A.M. and Perri M.G. 1989. Social Problem Solving Therapy for Unipolar Depression: An Initial Dismantling Investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. V. 57. № 3. 408—413.
- Neuropsychology Emphasis Area Training*. [http://www.paloalto.va.gov/docs/MentalHealth/PsychologyTraining/Neuropsychology\\_Emphasis\\_Area.doc](http://www.paloalto.va.gov/docs/MentalHealth/PsychologyTraining/Neuropsychology_Emphasis_Area.doc)
- Perez M., and Pilsecker C. Group Psychotherapy with Spinal Cord Injured Substance Abusers. *Paraplegia*. 1994. V. 32. № 3. 188—192.
- Post M.W.M., van Leeuwen C.M.C. 2012. Psychosocial issues in spinal cord inquiry: what do we (not) know? Preconference draft. In *Spinal Cord special issue*. [http://www.asia-iscos2011.org/sostracks/Track4\\_Psych\\_Voc\\_QOL/Psychosocial\\_issues\\_Paper\\_SOS\\_29-5-2011.pdf](http://www.asia-iscos2011.org/sostracks/Track4_Psych_Voc_QOL/Psychosocial_issues_Paper_SOS_29-5-2011.pdf).
- Roback H.B., Raulston G., Catron D. and Dengler S. 1990. Group therapy with the antisocial spinal-cord-injured patient. *Journal of Spinal Disorders*. V. 3. № 2. 183—187.
- Rodgers M.L., Strode A.D., Norell D.M., Short R.A., Dyck D.J. and Becker B. 2007. Adapting Multiple-Family Group Treatment for Brain and Spinal Cord Injury Intervention Development and Preliminary Outcomes. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. V. 86. № 6. 482—492.
- Sin N.L. and Lyubomirsky S. 2009. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. V. 65. № 5. 467—487.
- Standards for psychologists and social workers in sci rehabilitation of American Association of Spinal Cord Injury Psychologists and Social Workers*. 2007. <http://www.aascip-sw.org/standards-sci-psychosocial-rehab.html>.
- Stewart T.D. 1988. Psychiatric Diagnosis and Treatment Following Spinal Cord Inquiry. *Psychosomatics*. V. 29. № 2. 214—220.
- Trieschmann R.B. 1989. Psychological Adjustment to Spinal Cord Injury. Chapter 7. In *Psychosocial Interventions with Physically Disabled Person*, ed. by B.W. Heller, New Brunswick: Burgers University Pres. 117—136.



- Trieschmann R.B. 1988. *Spinal Cord Injury: Psychological, Social and Vocational Adjustment* (2<sup>nd</sup> Editions). New York: Demos.
- Vash C. 1981. *The Psychology of Disability*. New-York: Springer.
- Wilder E.I. 2006. *Wheeling and Dealing. Living with Spinal Cord Injury*. Nashville: Vanderbilt University Press.

## THE PSYCHOTHERAPY IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY

*I.D. BOULIOUBASH*

Academic papers analysis was conducted including literature dating 20 years back. Advanced trends of psychotherapy in spinal cord injury patients were identified. Main required skills of psychotherapist's work in a rehabilitation hospital were described.

**Keywords:** spinal cord injury, psychological consequences and problems, advanced trends of psychotherapy patients with spinal cord injury, rehabilitation hospital, skills of psychotherapy

- Bek A. Kognitivnaja terapija. M.: Vil'jams, 2006.
- Buljubash I.D. Psihologicheskaia reabilitacija pacientov s pozvonочно-spinnomozgovoj travmoj: strategii psihoterapii // Zhurnal prakticheskogo psihologa. 2011. № 1. С. 6—22.
- Buljubash I.D., Morozov I.N., Prihod'ko M.S. Psihologicheskie narushenija v vosstanovitel'nom i pozdnem periodah pozvonочно-spinnomozgovoj travmy. Tezisy dokladov nauchn.-prakt. konf. «Aktual'nye problemy neirohirurgii». Joshkar-Ola. 2007. S. 98—100.
- Kokotkina L.B., Cygankov B.D., Kochetkov A.B., Dobrovolskaja Ju.V. Sovremennye osobennosti mediko-psihologicheskoj reabilitacii bol'nyh s travmaticheskoi bolezni spinno go mozga // Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva. 2008. № 2. С. 51—57.
- Kokotkina L.B., Cygankov B.D., Kochetkov A.V., Dobrovolskaja Ju.V. Sovremennye osobennosti psihokorrekcii trevozhno-depressivnyh rasstrojstv u bol'nyh s travmaticheskoi bolezni spinno go mozga. Materialy pervogo Vserossijskogo s'ezda vrachej vosstanovitel'noj mediciny. M.: Rea-SpoMed, 2007. С. 138.
- Simens H. Prakticheskoe rukovodstvo dlja geshtal't-terapevtov / per. s goll. SPb.: «Izdatel'stvo Pirozhkova», 2008.
- Ellis A. Gumanisticheskaja psihoterapija. Racional'noemocional'nyj podhod. M.: JeKSMO-Press, 2002.
- Bannan N. 2006. Suicidal behaviour and cognitive problem solving therapy: theory, application and review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. V. 23. № 1. 29—32.

- Becker B., Dyck D., McFalane W., Norell D., Calow H. et al. 2006. *Multi-Family*.
- Boekamp J.R., Overholser J.C. and Schubert D.S. 1996. Depression Following a Spinal Cord Injury. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. V. 26. № 3. 329—349.
- Carpenter C. 1994. The experience of spinal cord injury; the individual's perspective. Implications for rehabilitation practice. *Physical Therapy*. V. 74. № 7. 614—629.
- Craig A. 2000. Clinical Psychology and Neurological Disability: Psychological Treatment for Spinal Cord Injury. *Clinical Psychologist*. V. 5. № 1. 8—13.
- Craig A.R., Hancock K.M., Chang E., and Dickson H.G. 1998. Immunizing against depression and anxiety after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. V. 79. № 4. 375—377.
- Craig A.R., Hancock K.M., and Dickson H.G. 1994. A Longitudinal Investigation into Anxiety and Depression in the First 2 Years Following a Spinal Cord Injury. *Paraplegia*. V. 32. № 10. 675—679.
- Dezarnaulds A. and Ilchef R. 2002. *Psychological Adjustment after Spinal Cord Injury*. Useful Strategies for Health Professionals. Rural Spinal Cord Injury Project. [http://www.ciap.health.nsw.gov.au/downloads/specialty/psychological\\_adjustment.pdf](http://www.ciap.health.nsw.gov.au/downloads/specialty/psychological_adjustment.pdf)
- Dorstyn D., Mathias J. and Denson L. 2011. Efficacy of cognitive behavior therapy for the management of psychological outcomes following spinal cord injury: a meta-analysis. *Journal of Health Psychological*. V. 16. № 2. 374—391.
- Dorstyn D.S., Mathias J.L. and Denson L.A. 2010. Psychological intervention during spinal rehabilitation: a preliminary study. *Journal of Spinal Cord Medicine*. V. 48. № 10. 756—761.
- Duchnick J.J., Letsch E.A. and Curtiss G. 2009. Coping effectiveness training during acute rehabilitation of spinal cord injury/dysfunction: a randomized clinical trial. *Rehabilitation Psychology*. V. 54. № 2. 123—132.
- Duchnick J., Asmussen S. and Cuevas-Soto N. 2006. *Support Group and Individual Psychotherapy Equally Effective in Reducing Depression During Rehabilitation*. [http://psychologists-social-workers.ascipro.org/documents/Download/abstracts\\_psw\\_2006.pdf](http://psychologists-social-workers.ascipro.org/documents/Download/abstracts_psw_2006.pdf)
- D'Zurilla T.J., Nezu A.M. and Maydeu-Olivares A. 2004. Social problem solving: Theory and assessment. In: *Social Problem Solving: Theory, Research, and Training*, ed. Chang E., D'Zurilla T.J. and Sanna L.J., 11—27. Washington, DC: American Psychological Association.
- D'Zurilla T.J., Nezu A.M. and Maydeu-Olivares A. 2002. *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Elliott T.R. and Berry J.W. 2009. Brief problem-solving training for family caregivers of persons with recent-onset spinal cord injuries: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*. V. 65. № 4. 406—422.
- Elliott T.R., Uswatte G., Lewis L. and Palmatier A. 2004. Goal Instability and Adjustment to Physical Disability. *Journal of Counseling Psychology*. V. 7. № 2. 251—265.
- Elliott T.R. and Shewchuk A. 2002. Using the Normal Group Technique to Identify the Problems Experienced by Persons Living with Severe Physical Disability. *Journal of Clinical Psychology*. V. 9. 65—76.

- Elliott T.R. 1999. Social Problem-Solving Abilities and Adjustment to Recent-Onset Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*. V. 44. № 4. 315—332.
- Frank R.A. 1992. *Structured Group Psychotherapy for Individuals with Spinal Cord Injury*. PsD diss., Oregon State University.
- Galvin I.R. and Goodfrey H.P. 2001. The Impact of Coping on Emotional Adjustment to spinal cord injury (SCI). Review of the Literature and Application of a Stress Appraisal and Coping Formulation. *Journal of Spinal Cord Medicine*. V. 39. № 12. 615—627.
- Karp G. 1999. *Life on Wheels: For the Active Wheelchair User*. Chapter 2. O'Reilly & Associates, Inc. <http://oreilly.com/medical/wheels/news/psychotherapy.html>
- Kemp B.J., Kahan J.S., Krause J.S., Adkins R.H. and Nava G. 2003. Treatment of major depression in individuals with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*. V. 27. № 1. 22—28.
- Kennedy P. 2008. *Coping Effectively with Spinal Cord Injuries: Therapists Guide. Treatments that work series*. Oxford University Press.
- Kennedy P. 2008. *Coping Effectively with Spinal Cord Injuries: Workbook*. Oxford University Press.
- Kennedy P. 2007. *Psychological Management of Physical disabilities: a practitioners guide*. Cambridge: Oxford University Press.
- Kennedy P., Duff G., Evans M. and Beedie A. 2003. Coping Effectiveness Training Reduces Depression and Anxiety Following Traumatic Spinal Cord Injuries. *British Journal of Clinical Psychology*. V. 42. № 1. 41—52.
- Kennedy P. 2001. Spinal Cord Injuries. Chapter 8, 19 in *Health Psychology*. V. 8: Comprehensive Clinical Psychology, ed. B y D.W. Johnson and M. Johnson, Amsterdam: Elsevier Science Publishers. 445—462.
- King C. and Kennedy P. 1999. Coping Effectiveness Training for People with Spinal Cord Injury: Preliminary Results of a Controlled Trial. *British Journal of Clinical Psychology*. V. 38. № 1. 5—14.
- Klebine P. 2001. *Adjustment to Spinal Cord Injury*. Published by: UAB Medical RRTC on Secondary Conditions of SCI UAB Spain Rehabilitation Center. <http://www.spinalcord.uab.edu/show.asp?durki=45578>
- Kreuter M. 2000. Spinal Cord Injury and Partner Relationship. *Journal of Spinal Cord Medicine*. V. 38. № 1. 2—6.
- Kreuter M., Sullivan M., Dahllof A.G. and Siosteen A. 1998. Partner Relationships, Functioning, Mood and Global Quality of Life in Persons with Spinal Cord Injury and Brain Injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*. V. 36. № 4. 252—261.
- Livingston L.A., Kreutzer J.S., Jeffrey S., and Taylor L.A. 2006. Principles of Goal Setting and Application of Problem-Solving Training with Families. [http://psychologists-social-workers.ascipro.org/documents/Download/abstracts\\_psw\\_2006.pdf](http://psychologists-social-workers.ascipro.org/documents/Download/abstracts_psw_2006.pdf)
- Mehta S., Orenczuk S., Hansen K.T., Aubut J.A., Hitzig S.L. et al. 2011. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence Research Team. An evidence-based review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for psychosocial issues post-spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. V. 56. № 1. 15—25.

- Nezu A.M., Nezu C.M. and D'Zurilla T.J. 2007. *Solving life's problems: A 5-step guide to enhanced well-being*. New York: Springer Publishing Co,
- Nezu A.M. and Perri M.G. 1989. Social Problem Solving Therapy for Unipolar Depression: An Initial Dismantling Investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. V. 57. № 3. 408—413.
- Neuropsychology Emphasis Area Training*. [http://www.paloalto.va.gov/docs/MentalHealth/PsychologyTraining/Neuropsychology\\_Emphasis\\_Area.doc](http://www.paloalto.va.gov/docs/MentalHealth/PsychologyTraining/Neuropsychology_Emphasis_Area.doc)
- Perez M., and Pilsecker C. Group Psychotherapy with Spinal Cord Injured Substance Abusers. *Paraplegia*. 1994. V. 32. № 3. 188—192.
- Post N.W.M., van Leeuwen C.M.C. 2012. Psychosocial issues in spinal cord injury: what do we (not) know? Preconference draft. In *Spinal Cord special assue*. [http://www.asia-iscos2011.org/sostracks/Track4\\_Psych\\_Voc\\_QOL/Psychosocial\\_issues\\_Paper\\_SOS\\_29-5-2011.pdf](http://www.asia-iscos2011.org/sostracks/Track4_Psych_Voc_QOL/Psychosocial_issues_Paper_SOS_29-5-2011.pdf).
- Roback H.B., Raulston G., Catron D. and Dengler S. 1990. Group therapy with the antisocial spinal-cord-injured patient. *Journal of Spinal Disorders*. V. 3. № 2. 183—187.
- Rodgers M.L., Strode A.D., Norell D.M., Short R.A., Dyck D.J. and Becker B. 2007. Adapting Multiple-Family Group Treatment for Brain and Spinal Cord Injury Intervention Development and Preliminary Outcomes. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. V. 86. № 6. 482—492.
- Sin N.L. and Lyubomirsky S. 2009. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. V. 65. № 5. 467—487.
- Standards for psychologists and social workers in sci rehabilitation of American Association of Spinal Cord Injury Psychologists and Social Workers*. 2007. <http://www.aascip-sw.org/standards-sci-psychosocial-rehab.html>.
- Stewart T.D. 1988. Psychiatric Diagnosis and Treatment Following Spinal Cord Inquiry. *Psychosomatics*. V. 29. № 2. 214—220.
- Trieschmann R.B. 1989. Psychological Adjustment to Spinal Cord Injury. Chapter 7. In *Psychosocial Interventions with Physically Disabled Person*, ed. by B.W. Heller, New Brunswick: Burgers University Pres. 117—136.
- Trieschmann R.B. 1988. *Spinal Cord Injury: Psychological, Social and Vocational Adjustment* (2<sup>nd</sup> Editions). New York: Demos.
- Vash C. 1981. *The Psychology of Disability*. New-York: Springer.
- Wilder E.I. 2006. *Wheeling and Dealing. Living with Spinal Cord Injury*. Nashville: Vanderbilt University Press.