

Булюбаш И.Д., Башта О.С.

Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр Минздрава России, Нижний Новгород, Россия
603155, Нижний Новгород, Верхневолжская набережная, 18/1

Факторы, определяющие социальную (межличностную) поддержку у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы

Цель исследования – изучение связей между особенностями социальной сети пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы (ППСМТ), социальной поддержкой (субъективно воспринимаемой и фактической), а также оценкой пациентами состояния своих социальных навыков.

Пациенты и методы. В 2014–2015 гг. проведено психодиагностическое исследование 41 пациента (32 мужчины и 9 женщин) с ППСМТ. В возрасте 18–20 лет было 5 пациентов, 21–30 лет – 18, 31–40 лет – 9, 41–50 лет – 4, старше 50 лет – 5. Паралепсия (паралез) имела у 30 пациентов, тетраплегия (тетрапарез) – у 11. Давность травмы составляла от 1 до 125 мес. Оценены корреляционные связи между разными видами социальной поддержки (субъективно воспринимаемой и фактической) и параметрами социальной сети пациентов

Результаты. Корреляционный анализ показал необходимость психотерапевтических интервенций, связанных с расширением социальной сети пациентов для получения ими достаточной и регулярной межличностной поддержки.

Ключевые слова: спинномозговая травма; реабилитация; социальная (межличностная) поддержка; параметры социальной сети пациентов; оценка социальных навыков; психотерапия.

Контакты: Ирина Дмитриевна Булюбаш; niiito@rambler.ru

Для ссылки: Булюбаш ИД, Башта ОС. Факторы, определяющие социальную (межличностную) поддержку у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2016;(8)1:43–48.

Factors determining social (interpersonal) support in patients with vertebro-spinal cord injury

Boulyubash I.D., Bashta O.S.

*Volga Federal Medical Research Centre, Nizhny Novgorod, Russia
18/1, Verkhnevolzhskaya Embankment, Nizhny Novgorod 603155*

Objective: to study relationships between the specific features of the social network of patients with vertebro-spinal cord injury sequels (VSIS), subjectively perceived and actual social support, and social skills assessment by the patients.

Patients and methods. In 2014–2015, a psychodiagnostic study was conducted in 41 VSIS patients (32 men and 9 women), including 18- to 20-year-olds (n=5), 21- to 30-year-olds (n=18), 31- to 40-year-olds (n=9), 41- to 50-year-olds (n=4), and patients over 50 years of age (n=5). Paraplegia (paraparesis) and tetraplegia (tetraparesis) were present in 30 and 11 patients, respectively. The duration of VSIS was 1 to 125 months. Correlations between different types of subjectively perceived and actual social support and the parameters of a social network of the patients were assessed.

Results. Correlation analysis has showed that there is a need for psychotherapeutic interventions related to social network extension for patients so that the latter should have sufficient and persistent interpersonal support.

Keywords: spinal cord injury; rehabilitation; social (interpersonal) support; patients' social network parameters; social skills assessment; psychotherapy.

Contact: Irina Dmitrievna Boulyubash; niiito@rambler.ru

For reference: Boulyubash ID, Bashta OS. Factors determining social (interpersonal) support in patients with vertebro-spinal cord injury. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics.* 2016;(8)1:43–48.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1-43-48>

Социальная поддержка считается важным ресурсом для совладания со стрессом и трудными жизненными ситуациями [1, 2]. Такая поддержка выполняет защитную функцию и уменьшает негативный эффект неблагоприятных событий, помогает в достижении текущих целей. Установлено, что межличностная поддержка, т. е. помощь членов семьи и друзей, оказывает наиболее важное влияние на способность человека справляться с трудностями [3]. В связи с

этим поиск социальной поддержки считается одной из самых важных копинг-стратегий [4].

Позвоночно-спинномозговая травма создает одну из самых трудных ситуаций, кардинально меняющих жизнь пациента из-за выраженного расстройства двигательных функций, неопределенности жизненных перспектив и полной зависимости от окружающих. Преодоление хронического стресса – важный аспект при разработке про-

грамм психологической реабилитации у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы (ППСМТ) [5].

Источником социальной поддержки является социальная сеть индивида, состоящая из членов семьи, друзей, соседей, коллег и знакомых, а также членов различных общественных организаций и сообществ. Установлено, что в условиях дефицита ресурсов людям важнее быть уверенными в получении поддержки от малого числа близких людей, чем неуверенным в получении случайной помощи от большого круга родственников и друзей [6].

Существует несколько подходов к пониманию социальной сети как источника социальной поддержки. Один из них фокусируется на связях, потенциально являющихся источником социальной поддержки. Это наличие супруга/супруги, участие в общественной жизни, дружеское общение [7]. Важны и другие социальные опоры, такие как взаимодействие с людьми, не относящимися к близкому кругу, т. е. социальная интегрированность (связи с одноклассниками, соседями, коллегами, знакомыми, людьми со схожими интересами и т. п.) [8].

Помимо этого, межличностная поддержка рассматривается как многоуровневый конструкт, включающий в себя весь объем социальной сети человека, количество поддержки и ее качество, т. е. удовлетворенность поддержкой. Выделяют также фактическую (полученную) и субъективно воспринимаемую социальную поддержку, а кроме того, реально оказанную и полученную поддержку [9–11].

Известно, что в общей популяции размер социальной сети и количество социальной поддержки значимо связаны [10]. Однако считается, что суждение о социальной поддержке только по ее количественной составляющей может быть неадекватным из-за ее различных качественных характеристик и особенностей оценки межличностной поддержки индивидом. При этом субъективная оценка социальной поддержки может сильно отличаться от предложенной, доступной или даже реально полученной поддержки, поскольку межличностные отношения при этом могут носить негативный характер и наносить урон психологическому благополучию личности. Поэтому в исследованиях социальной поддержки необходимо оценивать выраженность всех ее разновидностей [12]. Важно подчеркнуть, что в норме, по мере взросления, число участников социальной сети человека постепенно увеличивается, но с возрастом количество близких отношений в социальной сети постепенно со-

кращается. При этом увеличивается число средних по степени близости и дистантных отношений. [8].

Как индивидуальный межличностный процесс социальная поддержка включает в себя три аспекта:

1. Способность индивида находить людей, готовых оказать ему помощь (и социальные навыки, способствующие такому поведению – *прим. авт.*);

2. Наличие достаточно развитой сети (члены семьи, друзья, знакомые, коллеги, соседи, однокурсники, члены общественных организаций и т. д.);

3. Способность человека принимать помощь от окружающих (восприятие социальной поддержки) [1].

Таким образом, количественные и качественные особенности социальной поддержки пациента с ППСМТ могут быть обусловлены как наличием достаточного количества родственников для ухода за ним, так и способностью пациента к построению эмоциональных и иных связей с другими людьми при достаточно развитой социальной сети. Понимание характера отношений между особенностями социальной поддержки и доступной социальной сетью пациента, а также его оценкой своих социальных способностей позволит врачу-психотерапевту выбрать правильную стратегию психотерапии и индивидуальной и групповой работы с пациентами. При этом данные о качественных и количественных особенностях социальной сети пациентов с ППСМТ могут оказаться полезными при разработке индивидуальных программ психологической реабилитации.

Цель настоящей работы – исследование связей между особенностями социальной сети пациентов с ППСМТ, социальной поддержкой (субъективно воспринимаемой и фактической), а также оценкой пациентами состояния своих социальных навыков.

Пациенты и методы. Исследование проводилось в Приволжском федеральном медицинском исследовательском центре Минздрава России в 2014–2015 гг. Исследован 41 пациент с ППСМТ (32 мужчины и 9 женщин), 5 пациентов были в возрасте 18–20 лет, 18 – 21–30 лет, 9 – 31–40 лет, 4 – 41–50 лет и 5 – старше 50 лет. Параплегия (парапарез) имела у 30 пациентов, тетраплегия (тетрапарез) – у 11. Давность травмы составляла от 1 до 125 мес.

Психодиагностическое исследование включало следующие измерения:

1. Структурные свойства социальной сети с помощью Калифорнийского опросника социальных сетей в модификации О.Ю. Казьминой [13] (табл. 1).

Таблица 1. Кодировки и нормативы показателей структурных свойств социальной сети

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

Таблица 2. Взаимосвязь различных видов социальной поддержки и параметров социальной сети у пациентов с ППСМТ

Показатель 1	Показатель 2	Коэффициент корреляции
Субъективное восприятие социальной поддержки	ОПП	$r_s=0,32, p=0,04$
	Еженедельная поддержка	$r_s=0,40, p=0,009$
	Уровень объема социальной сети	$r_s=0,38, p=0,01$
Уровень субъективного восприятия социальной поддержки	ОПП	$r_s=0,42, p=0,01$
	Уровень объема социальной сети	$r_s=0,41, p=0,05$
	Уровень зависимости социальной сети	$r_s=-0,48, p=0,03$
ОПП	Общий объем социальной сети	$r_s=0,52, p=0,0008$
	Уровень объема социальной сети	$r_s=0,42, p=0,007$
	Уровень зависимости социальной сети	$r_s=-0,57, p=0,0003$
	Уровень замкнутости социальной сети	$r_s=-0,38, p=0,01$
Доля поддержки максимального участника в общей полученной поддержке	Общий объем социальной сети	$r_s=-0,32, p=0,05$
	Уровень зависимости социальной сети	$r_s=0,53, p=0,0008$
	Уровень замкнутости социальной сети	$r_s=0,33, p=0,03$
ОПП – доля людей, оказывающих поддержку еженедельно	Уровень объема социальной сети	$r_s=0,36, p=0,02$
	Уровень плотности социальной сети	$r_s=0,33, p=0,04$
	Уровень зависимости социальной сети	$r_s=-0,32, p=0,04$
	Уровень замкнутости социальной сети	$r_s=-0,51, p=0,0007$

Примечание. Здесь и в табл. 3: ОПП – общая полученная поддержка.

2. Субъективно воспринимаемая достаточность и адекватность социальной поддержки с использованием «Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки» (МШВСП, или «MSPSS»), разработанной G.D. Zimet и соавт. (русскоязычная модификация Н.А. Сироты и В.М. Ялтонского) [14].

3. Фактически полученная поддержка (Опросник социально поддерживающего поведения – Inventory of Socially Supportive Behaviours, ISSB – Short form) [15]

4. Оценка своих социальных навыков (модель социального поведения по А.П. Гольдштейну в адаптации О.Ю. Казминой, 1997) [16]. Данный опросник содержит перечень навыков, соответствующих нормальному социальному поведению взрослого человека, и отражает субъективную оценку своих социальных возможностей и возможностей окружающих.

Для изучения связей между показателями, характеризующими особенности социальной поддержки пациентов с ППСМТ, а также параметры их социальной сети и оценку своих социальных навыков, проведен корреляционный анализ с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена (r_s) и гамма-корреляции (r_g).

Результаты. Оценены корреляционные связи между разными видами социальной поддержки (субъективно воспринимаемой и фактической) и параметрами социальной сети пациентов (табл. 2).

Субъективное восприятие социальной поддержки умеренно связано с общей фактически полученной поддержкой и уровнем объема социальной сети. Таким образом, удовлетворенность имеющейся межличностной поддержкой определяется ее количеством, количеством людей, ее оказывающих, и регулярностью ее предоставления. В то же время уровень субъективного восприятия социальной поддержки отрицательно коррелирует с уровнем зависимости социальной сети пациентов. Это означает, что в жизни пациентов с ППСМТ, высоко оценивающих имеющуюся у них социальную под-

держку, постоянно присутствуют не только родственники, но и другие люди (коллеги, друзья, знакомые и т. п.).

Общая (фактически полученная) поддержка ожидается положительно коррелирует с общим объемом социальной сети пациента и его уровнем и отрицательно – с уровнем зависимости и замкнутости социальной сети. Это говорит о больших возможностях получения межличностной поддержки у пациентов с широкой и развитой социальной сетью и, наоборот, об уменьшении таких возможностей у пациентов с замкнутой и зависимой социальной сетью, в которой круг межличностных связей пациента представлен только членами его семьи. При этом, чем меньше объем социальной сети, тем больше доля максимального участника в общей полученной поддержке, что означает большую нагрузку на него в плане межличностной поддержки. Ту же закономерность имеет и связь между долей поддержки максимального участника социальной сети (в общей полученной поддержке) и уровнем зависимости и замкнутости социальной сети. В замкнутой и зависимой социальной сети пациента нагрузка на членов его семьи существенно возрастает.

Данные табл. 2 демонстрируют важность еженедельной межличностной поддержки для пациентов с ППСМТ. При этом значимых корреляций между социальной поддержкой, осуществляемой с другой частотой (каждый день, два-три раза в неделю, ежемесячно), и различными параметрами социальной сети не получено. Еженедельную межличностную поддержку пациенты с ППСМТ получают обычно из среднего круга общения (друзья, коллеги, знакомые и т. п.). Она положительно коррелирует с уровнем объема социальной сети и уровнем ее плотности и отрицательно – с уровнями зависимости и замкнутости социальной сети. Таким образом, регулярная межличностная (еженедельная) поддержка становится возможной в условиях широкой, открытой социальной сети с низкой плотностью, в которой круг общения пациентов представлен значительным количеством людей, не являющихся членами их семьи.

Таблица 3. *Взаимосвязь оценки социальных способностей, социальной поддержки и параметров социальной сети пациентов с ППСМТ*

Показатель 1	Показатель 2	Коэффициент корреляции
Средняя оценка своих социальных способностей	Общий объем социальной сети	$r_s=0,50, p=0,04$
	Уровень объема социальной сети	$r_s=0,56, p=0,0003$
	Уровень плотности социальной сети	$r_s=0,32, p=0,04$
	Уровень зависимости социальной сети	$r_s=-0,45, p=0,005$
	Субъективное восприятие социальной поддержки	$r_s=0,32, p=0,04$
Уровень оценки способностей окружающих	Уровень зависимости социальной сети	$r_s=0,56, p=0,005$
	ОПП – доля людей, оказывающих поддержку еженедельно	$r_s=0,31, p=0,05$
Уровень коэффициента компенсации	Индекс плотности социальной сети	$r_s=0,63, p=0,009$
	Уровень плотности социальной сети	$r_s=0,63, p=0,004$
	Уровень зависимости социальной сети	$r_s=-0,63, p=0,03$
	Уровень замкнутости социальной сети	$r_s=-0,82, p=0,0004$
	ОПП – доля людей, оказывающих поддержку еженедельно	$r_s=0,57, p=0,02$
Уровень коэффициента отличия	Уровень объема социальной сети	$r_s=0,44, p=0,03$
	Уровень зависимости социальной сети	$r_s=-0,48, p=0,02$
	Уровень замкнутости социальной сети	$r_s=-0,54, p=0,008$
	Субъективное восприятие социальной поддержки	$r_s=0,34, p=0,04$
	ОПП – доля людей, оказывающих поддержку ежемесячно	$r_s=0,34, p=0,03$

Оценены также корреляционные связи между оценкой пациентами своих коммуникативных навыков, параметрами социальной сети и особенностями субъективно воспринимаемой и фактически полученной поддержки (табл. 3).

Пациенты, адекватно оценивающие свои коммуникативные способности (в рамках норматива), имеют больший объем, низкий уровень плотности и меньшую степень зависимости социальной сети, что свидетельствует о связи между адекватной самооценкой и широким кругом общения пациентов, в котором присутствуют не только члены семьи (отсутствие социальной изоляции). При этом номинальное значение показателя субъективного восприятия социальной поддержки (и его уровня) положительно коррелирует с адекватной оценкой своих коммуникативных способностей.

Положительная корреляция между уровнем оценки коммуникативных способностей других людей и количеством еженедельной поддержки, а также степенью зависимости социальной сети свидетельствует о существенной роли адекватной оценки других для развития социальной сети и получения регулярной социальной поддержки.

Коэффициент компенсации измеряет приближенность социального поведения испытуемого к нормативу, т. е. отсутствию существенных отклонений в сторону завышенной или заниженной оценки своих социальных навыков. Положительная умеренная связь между уровнем коэффициента компенсации, а также индексом и уровнем плотности социальной сети пациента свидетельствует о том, что в условиях низкой плотности социальной сети (т. е. присутствия в жизни пациента достаточного количества друзей, коллег и знакомых) адекватная самооценка пациента становится более вероятной и, наоборот, при адекватной самооценке его социальная сеть имеет тенденцию к развитию. Вероятна и обратная закономерность – низкая или завышенная самооценка социальных способностей характерна для пациентов с зависимой и замкнутой (сильная корреляционная связь) социальной сетью.

Приближенность к нормативу в отличиях своих коммуникативных способностей от способностей окружающих

у пациентов с ППСМТ положительно коррелирует с уровнем объема его социальной сети и отрицательно – с уровнем зависимости и замкнутости социальной сети. Это означает, что существенные различия в оценке своих и чужих социальных способностей характеризуют пациентов с зависимой и замкнутой социальной сетью. Такие особенности социальной сети в конечном счете обуславливают меньшее количество еженедельной поддержки, а также меньшую удовлетворенность социальной поддержкой (см. табл. 3) и косвенно через меньший объем социальной сети – еще и меньшее количество общей полученной поддержки. Важно, что пациенты, не отличающие себя по коммуникативным способностям от других, склонны испытывать большую удовлетворенность имеющейся у них межличностной поддержкой.

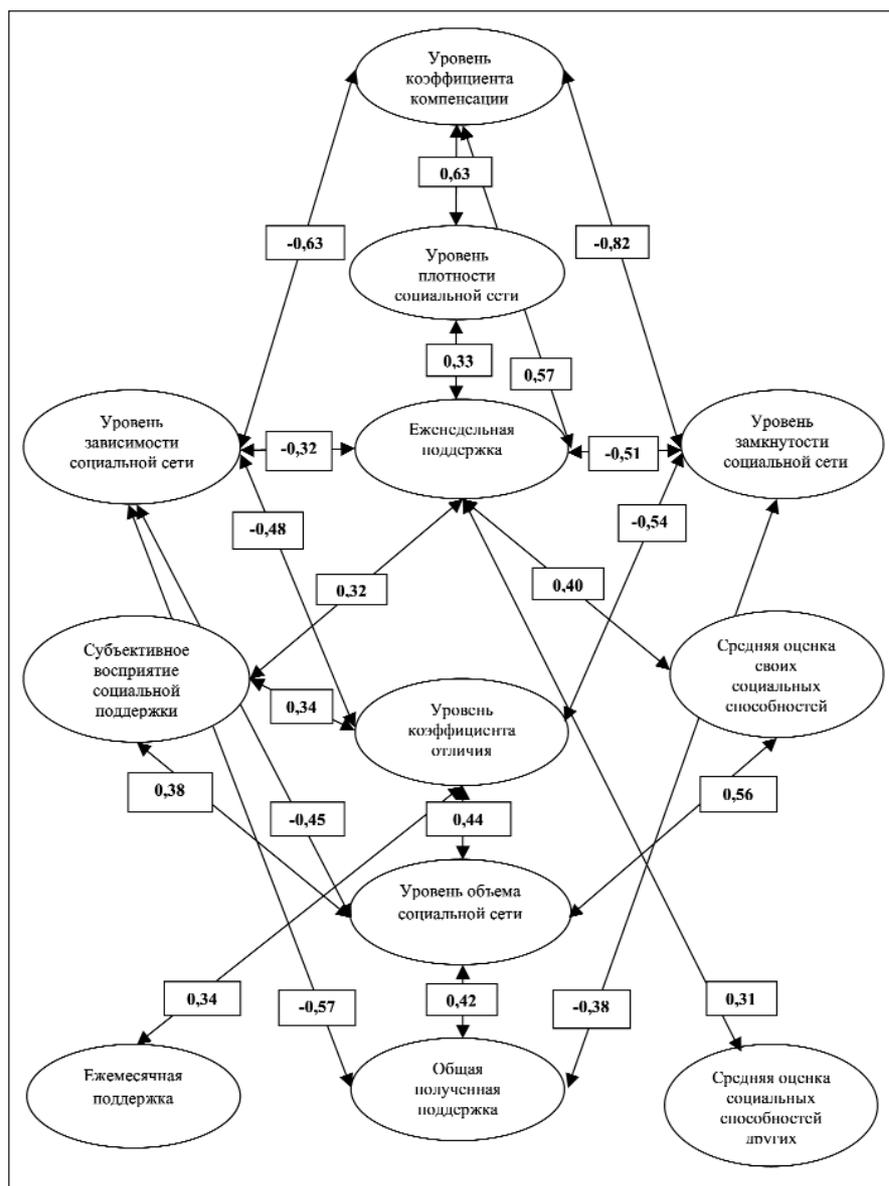
Обсуждение. В литературе, посвященной социальной поддержке пациентов с ППСМТ, основное внимание уделяется ближнему кругу общения (члены семьи, родственники и ухаживающие) и отношениям, которые в нем складываются [17]. Данное исследование сосредоточено на изучении вклада участников среднего и дальнего круга общения (коллеги, знакомые, друзья, соседи и т. п.) в социальную поддержку пациентов, а также связей самооценки пациента, касающейся его социальных способностей, с параметрами его социальной сети.

Удовлетворенность социальной поддержкой (высокая субъективная оценка социальной поддержки) связана у пациентов с ППСМТ не только с более широким кругом общения, но и с наличием в их жизни достаточного количества людей, не являющихся членами их семей, а кроме того, с адекватной оценкой своих коммуникативных способностей. При этом возможности получения фактической поддержки ожидаемо оказываются значительно более высокими у пациентов с широкой и развитой социальной сетью. Расчет доли поддержки максимально задействованного в межличностной поддержке участника показывает, что в замкнутой и зависимой социальной сети нагрузка на членов семьи, связанная с инструментальным уходом за пациентом, дополняется еще и необходимостью эмоциональной

поддержки. М. Chandler и соавт. [18] показали, что ухаживающие за пациентом с ППСМТ родственники сообщают о наблюдающихся у него огромных жизненных затруднениях, растущем дистрессе, депрессии и тревоге. Регулярная же межличностная поддержка, осуществляемая еженедельно, становится возможной только в условиях широкой, открытой социальной сети с низкой плотностью, в которой круг общения пациентов с ППСМТ представлен значительным количеством лиц, не являющихся членами их семьи или родственниками.

Возможно, что одним из факторов в формировании такой ресурсной социальной сети являются особенности самооценки социальных способностей. Адекватная оценка социальных способностей других людей позитивно связана с долей еженедельной поддержки, а адекватная оценка своих социальных способностей — с общим объемом социальной сети пациента, а также прямо и косвенно (через уровни замкнутости и зависимости социальной сети) с наличием в ней достаточного количества друзей и знакомых, оказывающих регулярную еженедельную межличностную поддержку (см. рисунок). Таким образом, низкая плотность социальной сети (присутствие в ней лиц разной степени значимости, кроме родственников пациента), способствующая получению регулярной еженедельной социальной поддержки, связана с адекватной оценкой пациентами своих социальных способностей. Такая оценка может расцениваться как один из прогностически благоприятных факторов в плане получения пациентами регулярной поддержки от среднего и дальнего круга общения.

Кроме того, пациенты, оценивающие себя по коммуникативным способностям точно такими же, как другие люди, склонны расценивать межличностную поддержку как достаточную и адекватную. При этом другим фактором прогноза, определяющим общее количество полученной поддержки, ее еженедельную и ежемесячную регулярность, а также удовлетворенность ею, становится отсутствие различий в оценке своих социальных способностей и социальных способностей других людей (см. рисунок). Этот эффект проявляется не напрямую, а через общий объем социальной сети и степень ее зависимости и замкнутости. В этом смысле данные оценки социальных навыков могут послужить ориентиром для психотерапевта или клинического психолога при выработке индивидуального плана психологической реабилитации пациентов с ППСМТ.



Картина корреляционных связей, иллюстрирующая возможности социальной поддержки пациентов с ППСМТ в зависимости от параметров их социальной сети и особенностей оценки своих социальных способностей

Таким образом, возможности получения достаточной (по количеству) и регулярной социальной поддержки у пациентов с ППСМТ, а также субъективная удовлетворенность имеющейся межличностной поддержкой связаны с наличием у них широкой и развитой социальной сети, характеризующейся наличием в ней не только родственников, но и других людей — друзей, коллег и знакомых. Значительная роль в формировании такой социальной сети принадлежит имеющимся социальным навыкам пациентов и особенностям их оценки (самооценка и оценка социальных навыков окружающих). Вероятными прогностическими факторами, обеспечивающими достаточную и регулярную социальную поддержку, являются адекватная оценка своих социальных способностей, адекватная оценка коммуникативных способностей других людей, а также отсутствие различий в оценке своих социальных

способностей и социальных способностей других людей. Наличие связей между особенностями социальной сети пациентов с ППСМТ и фактически полученной межличностной поддержкой, а также субъективной удовлетворенностью оказанной поддержкой позволяет сфокусировать работу психотерапевта и клинического психолога на

развитии социальной сети пациентов с ППСМТ и одновременно на формировании дефицитарных социальных навыков для получения достаточной и регулярной межличностной поддержки (групповые формы тренинга развития социальных навыков, группы поддержки, общение на форумах и т. п.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Силантьева ТА. Операционализация конструкта «социальная поддержка». Современная зарубежная психология. 2014;3(4):57-67. [Silant'eva TA. The operationalization of the construct «social support». *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya*. 2014;3(4):57-67. (In Russ.)].
2. Schwarzer R, Lippke S, Luszczynska A. Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the health action process approach (HAPA). *Rehabil Psychol*. 2011 Aug;56(3):161-70. doi: 10.1037/a0024509.
3. Wills TA, Shinar O. Measuring perceived and received social support. Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists. Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH, editors. New York: Oxford University Press; 2000. P. 86-135.
4. Крюкова ТЛ, Куфтык ЕВ. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ). Журнал практического психолога. 2007;(3):93-112. [Kryukova TL, Kuftyak EV. Questionnaire ways of coping (adaptation techniques WCQ). *Zhurnal prakticheskogo psikhologa*. 2007;(3):93-112. (In Russ.)].
5. Торчинская, ЕЕ. Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу (на примере спинальных больных). Психологический журнал. 2001;22(2):27-35. [Torchinskaya, EE. The role of value-semantic structures of personality in adaptation to chronic stress (for example, spinal patients). *Psikhologicheskii zhurnal*. 2001;22(2):27-35. (In Russ.)].
6. Hobfoll SE. The Influence of Culture, Community and the Nested-self in the Stress process: Advancing Conservation of Resources Theory. *Applied Psychology: An International Review*. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1464-0597.00062/abstract>
7. Gottlieb, B.H., Bergen, A.E. Social support concepts and measures *J Psychosom Res*. 2010 Nov;69(5):511-20. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.10.001. Epub 2009 Dec 4.
8. Матрехина НВ. Социальная сеть человека в контексте его жизненных ситуаций. Автореф. дисс. канд. психол. наук. Санкт-Петербург; 2006. [Matrekhina NV. Social network of the person in the context of their life situations. Autoref. diss. cand. psych. sci. Saint-Petersburg; 2006.]
9. Brown S, Nesse R, Vinokur A, Smith D. Providing social support may be more beneficial than receiving it: results from a prospective study of mortality. *Psychol Sci*. 2003 Jul;14(4):320-7.
10. Chronister JA, Johnson EK, Berven NL. Measuring social support in rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2006 Jan 30;28(2):75-84.
11. Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN, Pierce GR. A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *J. Soc. Pers. Relat*. 1987;(4):497-610.
12. O'Hare MA, Wallis L, Murphy GC. Social Support Pairs Predict Daily Functioning Following Traumatic Spinal Cord Injury: An Exploratory Study. *The Open Rehab. J*. 2011;(4)51-8.
13. Казьмина ОЮ. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской прогрессирующей шизофренией. Дисс. канд. псих. наук. Москва; 1997. [Kaz'mina OYu. Structural and dynamic features of the systems of interpersonal interactions among the patients with juvenile schizophrenia progrediens. Diss. cand. psych. sci. Moscow; 1997.]
14. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J. Person. Ass*. 1988;52(1):30-41.
15. Barrera MJ, Baca LM. Recipient reactions to social support: Contributions of enacted support, conflicted support and network orientation. *J. Soc. Pers. Relat*. 1990;7(4):541-51.
16. Goldstein AP, Sprafkin RP, Gershaw NJ. Skill Training for Community Living Applying Structured Learning Therapy. New-York: Pergamon Press; 1976.
17. Angel S, Buus N. The experience of being a partner to a spinal cord injured person: A phenomenological-hermeneutic study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2011;6(4). doi: 10.3402/qhw.v6i4.7199. Epub 2011 Oct 14.
18. Chandler M, Kennedy P, Sandhu N. The Association Between Threat Appraisals and Psychological Adjustment in Partners of People with Spinal Cord Injury. *Rehabil. Psychol*. 2007;52(4):325-32.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.