

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕГО

© БУЛЮБАШ И.Д., 2015

УДК 616.832-001-036.86]:364.4

Булюбаш И.Д.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ И СОЦИАЛЬНАЯ (МЕЖЛИЧНОСТНАЯ) ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

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

Обзор научных статей за последние пятнадцать лет посвящен исследованию связей между социальной (межличностной) поддержкой и психологическим благополучием пациентов. Описаны типы и методы исследования социальной поддержки, ее связь с депрессией и соматическими осложнениями, а также приспособлением и удовлетворенностью собственной жизнью. Выделены «белые пятна» в изучении связей различных типов социальной поддержки и мотивации пациентов с последствиями спинномозговой травмы в отношении реабилитации и профессиональной деятельности, а также нерешенный вопрос о взаимосвязях между социальными навыками и типами социальной поддержки. Перспективным представляется изучение конкретных социальных навыков, поддерживающих социальную интеграцию пациентов с последствиями спинномозговой травмы и расширяющих их связи с другими людьми. Понимание этого позволит врачу-психотерапевту сделать индивидуальную и групповую работу с пациентами более эффективной.

Ключевые слова: спинномозговая травма; психологическое благополучие; социальная (межличностная) поддержка и ее виды; реабилитация; социальная поддержка и эмоциональное состояние.

Для цитирования: Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015; 18 (3): 50–56.

PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND SOCIAL (INTERPERSONAL) SUPPORT IN PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY

Boulyubash I.D.

Privolzhsky federal medical research institute, 603155, Nizhny Novgorod, Russian Federation

The review of scientific articles over the past fifteen years studies the links between social (interpersonal) support and psychological well-being of the patients. It describes the types and methods of investigation of social support and its relation to depression and somatic complications, as well as adaptation and satisfaction with person's life. The review revealed «white spots» of rehabilitation and employment in studying relations between different types of social support and motivation in patients with spinal cord injury consequences and the unresolved issue of correlation between social skills and types of social support. The study of specific social skills that support social integration of patients with spinal cord injury and improve their communication with others seems promising. Understanding this issue will allow psychotherapist to make individual and group work with the patients more effective.

Key words: spinal cord injury; psychological well-being; social (interpersonal) support and its types; rehabilitation; social support and emotional status.

Citation: Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya. 2015; 18(3): 50–56. (In Russ.)

Correspondence to: Irina Boulyudash – MD, PhD; e-mail: info@nniito.ru.

Received 29.01.15

Что такое социальная поддержка?

Под социальной поддержкой имеют в виду поддержку и помощь со стороны окружающих, которая дает понять индивидууму, что он любим, ценен и интересен [1]. Кроме того, социальную поддержку понимают как многоуровневый конструкт, включающий и объем социальной сети человека (совокупность социальных связей личности), и количество поддержки (частота), и ее качество (удовлетворенность поддержкой). Источником социальной поддержки являются стабильные личные отношения, основанные на взаимности и привязанности, это

отношения с членами семьи, друзьями, сверстниками, партнерами, коллегами [2]. Отношения, которые составляют систему социальной поддержки, могут быть классифицированы в соответствии с функциями, которые они выполняют. Во-первых, это личные отношения – привязанность, обеспечивающие ощущение защищенности и интимности. Во-вторых, социальная интегрированность – ощущения принадлежности к группе сверстников или друзей. В-третьих, это отношения руководства, удовлетворяющие потребность в ясности и информированности. В-четвертых, это отношения, в которых поддерживается самоуважение личности (отношения с сотрудниками и коллегами). В-пятых, это отношения, связанные с заботой о ком-то (например, о детях). Наконец, это отношения, связанные с надежным сотрудничеством (отношения между членами семьи).

Для корреспонденции:

Булюбаш Ирина Дмитриевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр., врач-психотерапевт отд-ния реабилитации; 603155, г. Нижний Новгород, В-Волжская набережная, д.18/1; e-mail: info@nniito.ru.

Виды социальной (межличностной) поддержки

Основой различных концептов социальной поддержки являются три категории – социальные ресурсы, оказание поддержки и принятие поддержки. С функциональной точки зрения социальная поддержка может быть инструментальной (реальная практическая помощь), эмоциональной, удовлетворяющей потребность в близости, или информационной, предоставляющей необходимую информацию или совет. Кроме того, выделяют руководящую, социализирующую и материальную социальную поддержку.

Социальная поддержка может быть описана количественно (размер социальной сети) и качественно (через удовлетворенность поддержкой) [2]. Помимо этого важно различать доступную (фактически) и субъективно воспринимаемую социальную поддержку, а также реально оказанную и полученную поддержку [3, 4]. Фактическая социальная поддержка включает в себя эмоциональную, информационную и инструментальную [5]. Она обычно измеряется через оценку уровня социальной поддержки и частоту событий поддержки [6]. Считается, что измерение одной лишь количественной составляющей поддержки может быть неадекватным из-за ее качественных характеристик, а также особенностей субъективного восприятия индивидуума. При этом субъективная оценка социальной поддержки (удовлетворенность) может сильно отличаться от предложенной, доступной или даже реально полученной поддержки. Субъективное восприятие поддержки особенно важно потому, что отношения сами по себе могут носить негативный характер, быть подавляющими или неадекватными. Проблематичные социальные взаимодействия, такие как разногласия или вторжение в частную жизнь, могут наносить урон психологическому благополучию, особенно при хронических болезнях. Поэтому важно оценить представленность всех указанных видов поддержки [7, 8].

Воспринимаемая или субъективная социальная поддержка оценивает субъективную доступность социальной поддержки и субъективную удовлетворенность доступной поддержкой [7, 9]. Такая субъективная оценка учитывает индивидуальные различия потребности в социальной поддержке [10], а также субъективное ощущение адекватности предоставляемой поддержки требованиям стрессора [11]. Из трех типов поддержки именно воспринимаемая (субъективная) социальная поддержка значимо связана со степенью адаптации после завершения лечения [12] и является важным основанием для прогноза приспособления.

Так, в исследовании М. О'Наре и соавт. [13] с помощью мультивариантного анализа было обнаружено, что субъективный компонент поддержки отличается большей прогностической способностью (в плане повседневного функционирования), чем объективный (фактически оказанная социальная поддержка). Кроме того, больший уровень воспринимаемой (субъективной) социальной поддержки наряду с тяжестью травмы значимо коррелирует с лучшим повседневным функционированием. Вклад показателя воспринимаемой (субъективной) социальной под-

держки в повседневное функционирование в полтора раза выше показателя, оценивающего интеграцию пациента в общество, в 4,5 раза выше показателя социальной интегрированности и в 12 раз выше показателя фактической социальной поддержки [13]. При этом нужно помнить, что относительно небольшая связь между успешным ежедневным функционированием и фактической социальной поддержкой может предполагать и снижение потребности в практической поддержке через год после травмы.

Социальная поддержка и социальная включенность

Социальную поддержку можно рассматривать и через имеющуюся у индивидуума социальную сеть, т. е. число людей, с которыми он имеет активные социальные связи [9, 14]. Различают социальную интегрированность и интеграцию в общество. И показатель социальной интегрированности, и показатель интеграции в общество наряду с динамикой функциональных показателей могут рассматриваться в качестве результатов реабилитации [13, 15].

Социальная интегрированность – это уровень включенности и поддержания межличностных связей в широком спектре социальных отношений – с семьей, друзьями, коллегами и знакомыми. Сюда включается наличие дома, романтических отношений, а также количество родственников, деловых партнеров и друзей, с которыми пациент с последствиями спинномозговой травмы (ПСМТ) регулярно поддерживает отношения. Показатель социальной интегрированности является одним из шести показателей Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART) и измеряется с помощью структурного интервью [15].

Интеграция в общество предполагает более формальные связи: это обучение, клубы по интересам, волонтерство и участие в общественных организациях и т. п., а также социальные роли и профессиональная деятельность индивидуума. Показатель интегрированности в общество может быть оценен с помощью Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF) и отражает количество преодоленных барьеров и достигнутые возможности [15–17].

Показано, что у пациентов с ПСМТ большая социальная интегрированность прямо связана с лучшим качеством жизни [18]. Тем не менее объективные измерения социальной интегрированности, например, через размер социальной сети, могут не полностью отражать смысл участия индивидуума в повседневной жизни, поскольку социальная интегрированность включает не только наличие социальной сети, но и субъективное представление индивидуума о ней [19, 20]. Таким образом, с воспринимаемой (субъективной) социальной поддержкой показатель интегрированности в общество обладает достаточно высокой прогностической силой в отношении улучшения показателей повседневного функционирования пациентов с ПСМТ [13].

Методы исследования социальной поддержки

А. Количественный анализ социальной поддержки.

Исследования социальной поддержки рекомендуют начинать с определения социального окружения испытуемых, чтобы учесть все возможные источники

поддержки. Потенциальными источниками поддержки являются социальные связи (наличие супруга, друзей, коллег, участие в общественных организациях). Основной количественного анализа становится измерение социальной сети индивидуума. Анализ социальной сети включает в себя процедуру выявления людей, которых испытуемый считает важными. К структурным свойствам такой сети относятся размер, плотность (число членов сети, знающих друг друга) и частота взаимодействия, а также тип отношений (роль), взаимность отношений, сила связей [2]. Структура сети содержит информацию о включенности человека в социальную ткань. В общей популяции размер социальной сети и социальная поддержка значимо связаны [21]. Однако важно помнить, что большая социальная сеть не обязательно предоставляет лучшую социальную поддержку, а адекватность социальной поддержки не обязательно соответствует увеличению количества источников социальной поддержки.

Масштаб социальной сети Луббен является одной из методик исследования социальной сети [22]. Имеется два варианта методики из 6 и 10 вопросов. Методика выявляет число людей в категориях «семья» и «друзья», с которыми поддерживается по крайней мере ежемесячный контакт и которых испытуемый считает достаточно близкими, чтобы говорить с ними о личных вопросах.

Б. Качественный анализ социальной поддержки.

1. Опросник социальной поддержки F-SOZU-22 был разработан Т. Fydrich и G. Sommer [23]. Русскоязычная версия теста адаптирована А.Б. Холмогоровой и соавт. в 2003 г. [24]. Методика позволяет выявить степень выраженности той или иной формы социальной поддержки, а также удовлетворенность социальной поддержкой. Опросник состоит из 22 утверждений и 4 шкал: эмоциональной поддержки, инструментальной поддержки, социальной интеграции и удовлетворенности социальной поддержкой.

2. Методика ESSY-ENRICH Social Support Inventory [25] содержит 7 пунктов и выявляет степень доступности эмоциональной, информационной и практической поддержки от участников социальной сети.

3. Психодиагностическая методика «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» (MSPSS), разработанная D. Zimet в 1988 г. [26]. Она включает три основные шкалы: 1) «Поддержка семьи»; 2) «Поддержка друзей»; 3) «Поддержка значимых других» и направлена на диагностику средовых копинг-ресурсов. В 1994 г. Н.А. Сиротой [27] совместно с В.М. Ялтонским [28] была проведена русскоязычная адаптация и апробация этой методики. В данную шкалу были введены составляющие две шкалы: «Поддержка коллег по работе», «Поддержка общественных организаций», которые, по мнению авторов, также отражают важнейшие механизмы совладания (средовые копинг-ресурсы) с проблемными и экзквизитными ситуациями (текст модифицированного варианта методики представлен ниже). Модифицированный вариант методики «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS) включает 20 измеряемых кратких сообщений о себе, позволяющих оценить субъективное восприятие социальной под-

держки (максимальное число баллов – 20). Таким образом, оценивается эффективность и адекватность социальной поддержки по пяти средовым копинг-ресурсам (шкалам) – поддержка семьи, поддержка коллег по работе, поддержка друзей, поддержка значимых других и поддержка общественных организаций.

4. Interpersonal Support Evaluation List-40 – ISEL-40 – Шкала оценки межличностной поддержки включает 40 вопросов и измеряет субъективную оценку доступности материальной помощи, субъективную оценку доступности эмоциональной поддержки, самооценку (себя в сравнении с другими), а также субъективную оценку доступности людей, с которыми можно делать общее дело (принадлежность группе) [21]. Имеется также короткая версия методики, содержащая 12 вопросов, – ISEL-12. D. Rintala [29] считает данную методику полезной для оценки прогноза психологического состояния пациентов с ПСМТ.

5. Перечень социально-поддерживающего поведения – Inventory of Socially Supportive Behaviours (ISSB). Методика содержит 40 вопросов и измеряет реально полученную за последнее время эмоциональную, материальную и инструментальную поддержку [30].

Социальные навыки и социальная поддержка у пациентов с ПСМТ

Социальные навыки включают в себя различные аспекты вербальной и невербальной коммуникации, выразительность и чувствительность, а также регуляцию эмоций и контроль в социальной ситуации [31]. С дефицитом социальных навыков коррелируют депрессия [32, 33], социальная фобия [34], низкая приверженность реабилитации [35] и низкая удовлетворенность жизнью [36].

Обнаружены значимые связи между социальными навыками и социальной поддержкой в общей популяции [36]. Для пациентов с ограниченными возможностями необходимы специальные социальные навыки, такие как асертивность в социальной ситуации и способность просить о помощи, способность добиваться обратной связи от других людей и решать социальные проблемы, преодолевать дискомфорт и стигматизацию, а также способность устанавливать и развивать социальные взаимоотношения [37].

Социальные навыки важны в развитии и поддержании межличностных отношений и у пациентов с ПСМТ [38]. Так, при ПСМТ обнаружена значимая связь между способностью к самонаблюдению и уровнем участия в лечении [39], между вербальной коммуникативностью и удовлетворенностью жизнью у пациентов [38]. R. Müller [40] считает социальные навыки ресурсом для большей социальной поддержки, лучшего качества жизни и хорошего психического здоровья пациентов с ПСМТ. С точки зрения автора, самыми важными навыками являются эмоциональная экспрессивность и адекватный контроль эмоций, а также соответствие эмоций социальной ситуации. Высокие социальные навыки связаны с низким уровнем депрессии и высоким уровнем качества жизни. Понимание связей между социальными навыками и социальной поддержкой могут помочь в разработке

интервенций для улучшения функционирования пациентов с ПСМТ [40–42].

Тренинг социальных навыков должен быть интегрирован в лечебный план для того, чтобы подготовить пациентов к трудным социальным ситуациям [37]. По мнению J. Bloemen-Vrancken, L. de Witte [43], среди всех социальных навыков у пациентов с ПСМТ наиболее дефицитным навыком является просьба о помощи, что отражает контрзависимые тенденции в поведении пациентов (непринятие реальной зависимости) и вызывает у них тревогу в социальной ситуации [44]. Исследование связи социальных навыков и социальной поддержки у пациентов с ПСМТ обнаружило значимые корреляции. Социальные навыки позитивно коррелировали с субъективной удовлетворенностью поддержкой [32, 36].

Социальная поддержка, выраженность депрессии и соматических осложнений у пациентов с ПСМТ

Известно, что качественная социальная поддержка является буфером против жизненных стрессов [1]. Социальная поддержка связана с психологическим благополучием личности, поскольку удовлетворяет естественные потребности человека в любви и принятии. В противоположность социальной поддержке социальная изоляция влечет за собой чувство одиночества, депрессию, нарушения сна и др. [2]. Наличие социальной поддержки – важный фактор психологического благополучия пациентов с ПСМТ [45].

В то же время у пациентов с ПСМТ найдены значимые связи между социальной поддержкой и депрессией [46–48]. Низкая ассертивность и низкая социальная поддержка являются прогностическими факторами посттравматической депрессии и психосоциальных нарушений у пациентов с ПСМТ. Пациенты же, сообщаящие о высоком уровне, а также качестве социальной поддержки, облегчающей интеграцию в общество и поддерживающей чувство самоуважения, в меньшей степени депрессивны [46]. Доступность поддержки сверстников значимо связана с большим уровнем участия пациента в лечении [49]. При этом наличие отношений, обеспечивающих ощущение самоуважения и чувство интеграции в общество, было связано с более низкими баллами по депрессии [47]. В исследовании D. Rintala [50] удовлетворенность имеющейся сетью поддержки была негативно связана с уровнем депрессии и позитивно с удовлетворенностью жизнью.

Точно так же были обнаружены значимые связи между социальной поддержкой и отдельными симптомами, входящими в депрессивный симптомокомплекс: беспомощностью [51], пессимизмом [46], негативными мыслями о мире и о себе и алекситимией [52], суицидальными мыслями [53]. Лучшее приспособление к травме и меньшее количество соматических осложнений (колебания артериального давления, пролежни, меньшая интенсивность боли и продолжительность госпитализации) было замечено у тех пациентов с ПСМТ, которые верили в поддержку сообщества [54]. Замечено также, что наличие информационной и инструментальной поддержки коррелирует с низким уровнем вторичных осложнений [17, 55].

Социальная поддержка и психологическое благополучие (удовлетворенность жизнью) у пациентов с ПСМТ

Традиционно психологическое благополучие рассматривалось через противопоставление психологическому нездоровью и неблагополучию (как правило, через отсутствие депрессии или существенных психологических проблем). Существует и другой подход к определению понятия, базирующийся на выделении основных составляющих этого понятия. В качестве основных параметров психологического благополучия человека (psychological well-being) К. Рифф [56] выделила позитивные отношения с другими, принятие себя (положительная оценка себя и своей жизни), автономию (способность следовать своим собственным убеждениям), компетентность (контроль над окружающей средой, способность эффективно управлять своей жизнью), наличие целей, придающих жизни направленность и смысл, личностный рост как чувство непрекращающегося развития и самореализации. В этом случае индивидуум обычно удовлетворен своей собственной жизнью.

Соотношение между удовлетворенностью своей жизнью и особенностями социальной поддержки традиционно являлось предметом исследования специалистов, занимающихся психологической реабилитацией пациентов с ПСМТ. В целом можно констатировать, что у пациентов с ПСМТ социальная поддержка значимо связана с удовлетворенностью жизнью, ощущением психологического благополучия и качеством жизни [17, 18, 48–50, 55, 57, 58].

Исследования связей социальной (межличностной) поддержки и психологического благополучия (удовлетворенность жизнью) пациентов с ПСМТ обнаруживают наличие положительных корреляционных связей [41, 42]. В то же время профессионалы должны уделять повышенное внимание функционально зависимым пациентам с ПСМТ, имеющим небольшую социальную поддержку и высокий риск плохого приспособления, поскольку социальная поддержка является важной частью удовлетворенности жизнью у пациентов с ПСМТ на ранних стадиях восстановительного процесса [59]. Таким образом, социальная поддержка считается существенным прогностическим фактором удовлетворенности пациентов с ПСМТ своей жизнью. Пациенты, которые считают, что имеют поддержку семьи и друзей (субъективная оценка), больше удовлетворены своей жизнью, чем те, кто так не считает [60].

Существенное значение имеют и типы социальной поддержки. В исследовании M. Post и соавт. [55] оценивалось два типа поддержки – проблемно-ориентированная и эмоционально-ориентированная. Эмоционально-ориентированная поддержка вела к лучшему психологическому функционированию и большей удовлетворенности своей жизнью. Наиболее важной оказалась эмоционально-ориентированная поддержка семьи, которая обуславливала большую удовлетворенность отношениями, чем поддержка друзей и знакомых. С удовлетворенностью своей жизнью значимо связана также доступность социальной поддержки от сверстников [49]. Важность именно эмоциональной

поддержки при ПСМТ подтверждается и исследованиями других авторов. Так, эмоциональная поддержка значимо связана с эффективным копингом [61], хорошим приспособлением к ограничениям [54], а также с удовлетворенностью социальными отношениями [55].

Воспринимаемая (субъективная) поддержка может быть важнее, чем фактическая социальная поддержка, из-за ее влияния на субъективное ощущение благополучия пациентов с ПСМТ [57]. В то же время имеются данные и о неоднозначном влиянии социальных контактов, которые могут стать источником стресса [62]. Так, тип социальной поддержки может быть негативно связанным с удовлетворенностью жизнью, поскольку может постоянно напоминать об инвалидности (например, инструментальная поддержка или поддержка сверстников, провоцирующая постоянное сравнение со здоровыми людьми) [55].

Заключение

Социальная поддержка и дальнейшее психологическое благополучие пациентов с ПСМТ значимо связаны и на ранних, и на отдаленных этапах приспособления к последствиям спинномозговой травмы. Социальная (межличностная) поддержка обеспечивает более эффективное приспособление к последствиям спинномозговой травмы и связана с лучшим психологическим и повседневным функционированием, а также с большей функциональной независимостью. Хорошими прогностическими факторами приспособления к травме и независимого повседневного функционирования, а также удовлетворенности своей жизнью являются воспринимаемая (субъективная) социальная поддержка и социальная интегрированность. Низкий уровень вторичных осложнений при последствиях спинномозговой травмы связан с лучшим качеством информационной и функциональной поддержки, а также с субъективным восприятием доступности социальной поддержки пациента (количество и качество связей с другими людьми).

В то же время не изучен вопрос влияния различных типов социальной поддержки на мотивацию пациентов с ПСМТ в отношении восстановительного лечения и профессиональной деятельности, а также вопрос о взаимосвязях между социальными навыками и типами социальной поддержки. Перспективным представляется изучение конкретных социальных навыков, поддерживающих социальную интегрированность пациентов и расширяющих их связи с другими людьми. Понимание этого позволит врачу-психотерапевту сделать индивидуальную и групповую работу с пациентами более эффективной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cobb S. Presidential Address – 1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom. Med.* 1976; 38 (5): 300–14.
2. Gottlieb B.H., Bergen A.E. Social support concepts and measures. *J. Psychosom. Res.* 2010; 69 (5): 511–20.
3. 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; 14 (4): 320–7.
4. Uchino B.N. Understanding the links between social support and physical health: a lifespan perspective with emphasis on the repa-

5. Chronister J.A., Johnson E.K., Berven N.L. Measuring social support in rehabilitation. *Disabil. Rehab.* 2006; 28 (2): 75–84.
6. McDowell I. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press Inc; 2006.
7. Sarason I.G., Sarason B.R., Shearin E.N., Pierce G.R. A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *J. Soc. Person. Relat.* 1987; 4 (4): 497–610.
8. Vaux A., Harrison D. Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support. *Am. J. Commun. Psychol.* 1985; 13 (3): 245–68.
9. Sarason I.G., Sarason B.R., Pierce G.R. Social support: global and relationship-based levels of analysis. *J. Soc. Person. Relat.* 1994; 11 (5): 295–312.
10. Sarason I.G., Sarason B.R., Shearin E.N. Social support as an individual difference variable: Its stability, origins and relational aspects. *J. Person. Soc. Psychol.* 1986; 50 (4): 845–55.
11. Cohen S., Hoberman H. Positive events and social supports as buffers of life stress. *J. Appl. Soc. Psychol.* 1983; 13 (2): 99–125.
12. Schwarzer R., Leppin A. Social support and health: a theoretical and empirical overview. *J. Soc. Person. Relat.* 1991; 8 (1): 51–64.
13. O'Hare Mary A., Wallis L., Murphy G.C. Social support pairs predict daily functioning following traumatic spinal cord injury: An exploratory study. *Open Rehab. J.* 2011; 4: 51–8 – Available at: <http://benthamopen.com/torehj/articles/V004/51TOREHJ.pdf>
14. Barrera M. Distinctions between social support concepts, measures and models. *Am. J. Commun. Psychol.* 1985–1986; 14 (4): 413–45.
15. Whiteneck G. *Validated Measures of Participation and the Environment from Craig Hospital: CHART and CHIEF. International Seminar on the Measurement of Disability*. New York, 4–6 June, 2001.
16. Anderson C.J., Krajci K.A., Vogel L.C. Community integration among adults with spinal cord injuries sustained as children or adolescents. *Dev. Med. Child Neurol.* 2003; 45 (2): 129–34.
17. McColl M., Arnold R., Charlifue S., Gerhart K. Social support and aging with a spinal cord injury: Canadian and British experiences. *Topics Spinal Cord Injury Rehab.* 2001; 6 (3): 83–101.
18. Elfstrom M.L., Ryden A., Kreuter M., Taft C., Sullivan M. Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *J. Rehab. Med.* 2005; 37 (1): 9–16.
19. Cohen S., Mermelstein R., Kamarck T., Hoberman H. Measuring the functional components of social support. In: Sarason I.G., Sarason B.R., eds. *Social support: Theory, Research and Application*. The Hague, The Netherlands: Martinus Nijhoff York: Oxford University Press; 2000: 73–94.
20. Cohen S., Underwood L.G., Gottlieb B.H. *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*. New York: Oxford University Press; 2000.
21. Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.* 1985; 98 (2): 310–57.
22. Lubben J., Blozik E., Gillmann G., Iliffe S., von Renteln K.W., Beck J.C., Stuck, A.E. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist.* 2006; 46 (4): 503–13.
23. Fydrich T., Geyer M., Hessel A., Sommer G., Brähler E. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica.* 1999; 45 (4): 212–6.
24. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Петрова Г.А. Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2003; 2: 15–25.
25. Mitchell P.H., Powell L., Blumenthal J., Norton J., Ironson G., Pitula C.R. et al. A short social support measure for patients recovering from myocardial infarction: the ENRICH Social Support Inventory. *J. Cardiopulm. Rehab.* 2003; 23 (6): 398–403.
26. Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., Farley G.K. The multidimensional scale of perceived social support. *J. Person. Assoc.* 1988; 52 (1): 30–41.
27. Сирота Н.А. *Копинг-поведение в подростковом возрасте*: Дисс. ... д-ра мед. наук. Бишкек; 1994.
28. Ялтонский В.М. *Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией*: Дисс. ... д-ра мед. наук. СПб; 1995.
29. Rintala D.H. Predictive validity of social support relative to psy-

- chological well-being in men with spinal cord injury. *Rehab. Psychol.* 2013; 58 (4): 422–8.
30. Barrera M., Sandler I. M., Ramsay T. B. Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *Am. J. Commun. Psychol.* 1981; 9 (4): 435–46.
 31. Riggio R. The social skills inventory (SSI): measuring nonverbal and social skills. In: Manusov V., eds. *The Sourcebook of Nonverbal Measures: Going Beyond Words*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2005.
 32. Segrin C., Rynes K.N. The mediating role of positive relations with others in associations between depressive symptoms, social skills, and perceived stress. *J. Res. Person.* 2009; 43 (6): 962–71.
 33. Tse W., Bond A.J. The impact of depression on social skills. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2004; 192 (4): 260–8.
 34. Stravynski A., Amado D. Social phobia as a deficit in social skills. In: Hofmann S.G., DiBartolo P.M., eds. *From Social Anxiety to Social Phobia*. Boston: Allyn and Bacon; 2001.
 35. Johnson M., Elliott T.R., Neilands T.B., Morin S.F., Chesney M.A. A social problem-solving model of adherence to hiv medications. *Hlth Psychol.* 2006; 25 (3): 355–633.
 36. Segrin C., Taylor M. Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Person. Individ. Differ.* 2007; 43 (4): 637–46.
 37. Glueckauf R., Quittner A.L. Assertiveness training for disabled adults in wheelchairs: Self-report, role-play, and activity pattern outcomes. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1992; 60 (3): 419–25.
 38. Chase B., Cornille T.A., English R.W. Life satisfaction among persons with spinal cord injuries. *J. Rehab.* 2000; 66 (3): 14–20.
 39. Lee Y. Does self-monitoring influence the experience of leisure for individuals with spinal cord injury? *Ann. Ther. Recr.* 2008; 16 (1): 39–48.
 40. Müller R. *Understanding the Associations of Social Skills and Social Support with Mental Health, Participation and Quality of Life in Persons with Spinal Cord Injury: Diss.* München; 2013.
 41. Müller R., Rauch A., Cieza A., Geyh S. Social support and functioning in a patient with spinal cord injury: the role of social skills. *Int. J. Rehab. Res.* 2013; 36 (3): 236–45.
 42. Müller R., Peter C., Ciez A., Geyh S. The role of social support and social skills in people with spinal cord injury—a systematic review of the literature. *Spinal Cord.* 2012; 50 (2): 94–106.
 43. Bloemen-Vrancken J., de Witte L.P. Post-discharge nursing problems of spinal cord injured patients: on which fields can nurses contribute to rehabilitation? *Clin. Rehab.* 2003; 17 (8): 890–8.
 44. Dunn M. Social discomfort in the patient with spinal cord injury. *Arch. Phys. Med. Rehab.* 1977; 58 (6): 257–60.
 45. Cox T. W. *The Relationship Between Sense of Coherence and Social Support in Posttraumatic Spinal Cord Injury Survivors*. Fresno: Alliant International University; 2010.
 46. Beedie A., Kennedy P. Quality of social support predicts hopelessness and depression post spinal cord injury. *J. Clin. Psychol. Med.* 2002; 9 (3): 227–34.
 47. Elliott T., Herrick S.M., Witty T.E., Godshall F., Spruell M. Social support and depression following spinal cord injury. *Rehab. Psychol.* 1992; 37 (1): 37–48.
 48. Rintala D., Robinson-Whelen S., Matamoros R. Subjective stress in male veterans with spinal cord. *J. Rehab. Res. Dev.* 2005; 42 (3): 291–304.
 49. Sherman J., DeVinney D.J., Sperling K.B. Social support and adjustment after spinal cord injury: influence of past peer-mentoring experiences and current live-in partner. *Rehab. Psychol.* 2004; 49 (2): 140–9.
 50. Rintala D.H., Young M.E., Hart K.A., Clearman R.R., Fuhrer M.J. Social support and the well-being of persons with spinal cord injury living in the community. *Rehab. Psychol.* 1992; 37 (3): 155–63.
 51. Elfstrom M., Kreuter M., Ryden A., Persson L.O., Sullivan M. Effects of coping on psychological outcome when controlling for background variables: a study of traumatically spinal cord lesioned persons. Focus on coping. *Spinal Cord.* 2002; 40 (8): 408–15.
 52. Hatcher M., Whitaker C., Karl A. What predicts post-traumatic stress following spinal cord injury? *Br. J. Hlth Psychol.* 2009; 14 (3): 541–61.
 53. Kishi Y., Robinson R.G. Suicidal plans following spinal cord injury. *J. Neuropsychiatry.* 1996; 8 (4): 443–5.
 54. Anson C.A., Stanwyck D.J., Krause J.S. Social support and health status in spinal cord injury. *Paraplegia.* 1993; 31 (10): 632–8.
 55. Post M.W., Ros W.J., Schrijvers A.J. Impact of social support on health status and life satisfaction in people with a spinal cord injury. *Psychol. Hlth.* 1999; 14 (4): 679–95.
 56. Ryff C.D., Keyes C.L.M. The structure of psychological well-being revisited. *J. Person. Soc. Psychol.* 1995; 69 (4): 719–27.
 57. Hampton N. The affective aspect of subjective well-being among Chinese people with and without spinal cord injuries. *Dis. Rehab.* 2008; 30 (19): 1473–9.
 58. Hampton N. Subjective well-being among people with spinal cord injuries: the role of self-efficacy, perceived social support, and perceived health. *Rehab. Counsel. Bull.* 2004; 48 (1): 31–7.
 59. Leeuwen C.M., Post M.W., van Asbeck F.W., van der Woude L.H., de Groot S, Lindeman E. Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *J. Rehab. Med.* 2010; 42 (3): 265–71.
 60. Hampton N.Z. Disability status, perceived health, social support, self-efficacy, and quality of life among people with spinal cord injury in the People's Republic of China. *Int. J. Rehab. Res.* 2001; 24 (1): 69–71.
 61. Nielsen M. Crisis support and coping as mediators of well-being in persons with spinal cord lesion. *J. Clin. Psychol. Med. Set.* 2003; 10 (2): 91–9.
 62. Hogan B., Linden W., Najarian B. Social support intervention: Do they work? *Clin. Psychol. Rev.* 2002; 22 (3): 383–442.

REFERENCES

1. Cobb S. Presidential Address – 1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom. Med.* 1976; 38 (5): 300–14.
2. Gottlieb B.H., Bergen A.E. Social support concepts and measures. *J. Psychosom. Res.* 2010; 69 (5): 511–20.
3. 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; 14 (4): 320–7.
4. Uchino B.N. Understanding the links between social support and physical health: a lifespan perspective with emphasis on the reparability of perceived and received support. *Persp. Psychol. Sci.* 2009. 4 (3): 236–55.
5. Chronister J.A., Johnson E.K., Berven N.L. Measuring social support in rehabilitation. *Disabil. Rehab.* 2006; 28 (2): 75–84.
6. McDowell I. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press Inc; 2006.
7. Sarason I.G., Sarason B.R., Shearin E.N., Pierce G.R. A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *J. Soc. Person. Relat.* 1987; 4 (4): 497–610.
8. Vaux A., Harrison D. Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support. *Am. J. Commun. Psychol.* 1985; 13 (3): 245–68.
9. Sarason I.G., Sarason B.R., Pierce G.R. Social support: global and relationship-based levels of analysis. *J. Soc. Person. Relat.* 1994; 11 (5): 295–312.
10. Sarason I.G., Sarason B.R., Shearin E.N. Social support as an individual difference variable: Its stability, origins and relational aspects. *J. Person. Soc. Psychol.* 1986; 50 (4): 845–55.
11. Cohen S., Hoberman H. Positive events and social supports as buffers of life stress. *J. Appl. Soc. Psychol.* 1983; 13 (2): 99–125.
12. Schwarzer R., Leppin A. Social support and health: a theoretical and empirical overview. *J. Soc. Person. Relat.* 1991; 8 (1): 51–64.
13. O'Hare Mary A., Wallis L., Murphy G.C. Social support pairs predict daily functioning following traumatic spinal cord injury: An exploratory study. *Open Rehab. J.* 2011; 4: 51–8 – Available at: <http://benthamopen.com/torehj/articles/V004/51TOREHJ.pdf>
14. Barrera M. Distinctions between social support concepts, measures and models. *Am. J. Commun. Psychol.* 1985–1986; 14 (4): 413–45.
15. Whiteneck G. *Validated Measures of Participation and the Environment from Craig Hospital: CHART and CHIEF. International Seminar on the Measurement of Disability*. New York, 4–6 June, 2001.
16. Anderson C.J., Krajci K.A., Vogel L.C. Community integration among adults with spinal cord injuries sustained as children or

- adolescents. *Dev. Med. Child Neurol.* 2003; 45 (2): 129–34.
17. McColl M., Arnold R., Charlifue S., Gerhart K. Social support and aging with a spinal cord injury: Canadian and British experiences. *Topics Spinal Cord Injury Rehab.* 2001; 6 (3): 83–101.
 18. Elfstrom M.L., Ryden A., Kreuter M., Taft C., Sullivan M. Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *J. Rehab. Med.* 2005; 37 (1): 9–16.
 19. Cohen S., Mermelstein R., Kamarck T., Hoberman H. Measuring the functional components of social support. In: Sarason I.G., Sarason B.R., eds. *Social support: Theory, Research and Application*. The Hague, The Netherlands: Martinus Nijhoff York: Oxford University Press; 2000: 73–94.
 20. Cohen S., Underwood L.G., Gottlieb B.H. *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*. New York: Oxford University Press; 2000.
 21. Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.* 1985; 98 (2): 310–57.
 22. Lubben J., Blozik E., Gillmann G., Iliffe S., von Renteln K.W., Beck J.C., Stuck A.E. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist.* 2006; 46 (4): 503–13.
 23. Fydrich T., Geyer M., Hessel A., Sommer G., Brähler E. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica.* 1999; 45 (4): 212–6.
 24. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Petrova G.A. Social support as an object of scientific study and its disorders in patients with affective disorders. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya.* 2003; 2: 15–25. (in Russian)
 25. Mitchell P.H., Powell L., Blumenthal J., Norton J., Ironson G., Pitula C.R. et al. A short social support measure for patients recovering from myocardial infarction: the ENRICH Social Support Inventory. *J. Cardiopulm. Rehab.* 2003; 23 (6): 398–403.
 26. Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., Farley G.K. The multidimensional scale of perceived social support. *J. Person. Assoc.* 1988; 52 (1): 30–41.
 27. Sirota N.A. *Coping Behavior in Adolescence: Diss.* Bishkek; 1994. (in Russian)
 28. Yaltonskiy V.M. *Coping Behavior of Healthy and Drug Addicts: Diss.* St. Petersburg; 1995. (in Russian)
 29. Rintala D.H. Predictive validity of social support relative to psychological well-being in men with spinal cord injury. *Rehab. Psychol.* 2013; 58 (4): 422–8.
 30. Barrera M., Sandler I. M., Ramsay T. B. Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *Am. J. Commun. Psychol.* 1981; 9 (4): 435–46.
 31. Riggio R. The social skills inventory (SSI): measuring nonverbal and social skills. In: Manusov V., eds. *The Sourcebook of Nonverbal Measures: Going Beyond Words*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2005.
 32. Segrin C., Rynes K.N. The mediating role of positive relations with others in associations between depressive symptoms, social skills, and perceived stress. *J. Res. Person.* 2009; 43 (6): 962–71.
 33. Tse W., Bond A.J. The impact of depression on social skills. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2004; 192 (4): 260–8.
 34. Stravynski A., Amado D. Social phobia as a deficit in social skills. In: Hofmann S.G., DiBartolo P.M., eds. *From Social Anxiety to Social Phobia*. Boston: Allyn and Bacon; 2001.
 35. Johnson M., Elliott T.R., Neilands T.B., Morin S.F., Chesney M.A. A social problem-solving model of adherence to hiv medications. *Hlth Psychol.* 2006; 25 (3): 355–633.
 36. Segrin C., Taylor M. Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Person. Individ. Differ.* 2007; 43 (4): 637–46.
 37. Glueckauf R., Quittner A.L. Assertiveness training for disabled adults in wheelchairs: Self-report, role-play, and activity pattern outcomes. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1992; 60 (3): 419–25.
 38. Chase B., Cornille T.A., English R.W. Life satisfaction among persons with spinal cord injuries. *J. Rehab.* 2000; 66 (3): 14–20.
 39. Lee Y. Does self-monitoring influence the experience of leisure for individuals with spinal cord injury? *Ann. Ther. Recr.* 2008; 16 (1): 39–48.
 40. Müller R. *Understanding the Associations of Social Skills and Social Support with Mental Health, Participation and Quality of Life in Persons with Spinal Cord Injury: Diss.* München; 2013.
 41. Müller R., Rauch A., Cieza A., Geyh S. Social support and functioning in a patient with spinal cord injury: the role of social skills. *Int. J. Rehab. Res.* 2013; 36 (3): 236–45.
 42. Müller R., Peter C., Ciez A., Geyh S. The role of social support and social skills in people with spinal cord injury—a systematic review of the literature. *Spinal Cord.* 2012; 50 (2): 94–106.
 43. Bloemen-Vrancken J., de Witte L.P. Post-discharge nursing problems of spinal cord injured patients: on which fields can nurses contribute to rehabilitation? *Clin. Rehab.* 2003; 17 (8): 890–8.
 44. Dunn M. Social discomfort in the patient with spinal cord injury. *Arch. Phys. Med. Rehab.* 1977; 58 (6): 257–60.
 45. Cox T. W. *The Relationship Between Sense of Coherence and Social Support in Posttraumatic Spinal Cord Injury Survivors*. Fresno: Alliant International University; 2010.
 46. Beedie A., Kennedy P. Quality of social support predicts hopelessness and depression post spinal cord injury. *J. Clin. Psychol. Med.* 2002; 9 (3): 227–34.
 47. Elliott T., Herrick S.M., Witty T.E., Godshall F., Spruell M. Social support and depression following spinal cord injury. *Rehab. Psychol.* 1992; 37 (1): 37–48.
 48. Rintala D., Robinson-Whelen S., Matamoros R. Subjective stress in male veterans with spinal cord. *J. Rehab. Res. Dev.* 2005; 42 (3): 291–304.
 49. Sherman J., DeVinney D.J., Sperling K.B. Social support and adjustment after spinal cord injury: influence of past peer-mentoring experiences and current live-in partner. *Rehab. Psychol.* 2004; 49 (2): 140–9.
 50. Rintala D.H., Young M.E., Hart K.A., Clearman R.R., Fuhrer M.J. Social support and the well-being of persons with spinal cord injury living in the community. *Rehab. Psychol.* 1992; 37 (3): 155–63.
 51. Elfstrom M., Kreuter M., Ryden A., Persson L.O., Sullivan M. Effects of coping on psychological outcome when controlling for background variables: a study of traumatically spinal cord lesioned persons. Focus on coping. *Spinal Cord.* 2002; 40 (8): 408–15.
 52. Hatcher M., Whitaker C., Karl A. What predicts post-traumatic stress following spinal cord injury? *Br. J. Hlth Psychol.* 2009; 14 (3): 541–61.
 53. Kishi Y., Robinson R.G. Suicidal plans following spinal cord injury. *J. Neuropsychiatry.* 1996; 8 (4): 443–5.
 54. Anson C.A., Stanwyck D.J., Krause J.S. Social support and health status in spinal cord injury. *Paraplegia.* 1993; 31 (10): 632–8.
 55. Post M.W., Ros W.J., Schrijvers A.J. Impact of social support on health status and life satisfaction in people with a spinal cord injury. *Psychol. Hlth.* 1999; 14 (4): 679–95.
 56. Ryff C.D., Keyes C.L.M. The structure of psychological well-being revisited. *J. Person. Soc. Psychol.* 1995; 69 (4): 719–27.
 57. Hampton N. The affective aspect of subjective well-being among Chinese people with and without spinal cord injuries. *Dis. Rehab.* 2008; 30 (19): 1473–9.
 58. Hampton N. Subjective well-being among people with spinal cord injuries: the role of self-efficacy, perceived social support, and perceived health. *Rehab. Counsel. Bull.* 2004; 48 (1): 31–7.
 59. Leeuwen C.M., Post M.W., van Asbeck F.W., van der Woude L.H., de Groot S., Lindeman E. Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *J. Rehab. Med.* 2010; 42 (3): 265–71.
 60. Hampton N.Z. Disability status, perceived health, social support, self-efficacy, and quality of life among people with spinal cord injury in the People's Republic of China. *Int. J. Rehab. Res.* 2001; 24 (1): 69–71.
 61. Nielsen M. Crisis support and coping as mediators of well-being in persons with spinal cord lesion. *J. Clin. Psychol. Med. Set.* 2003; 10 (2): 91–9.
 62. Hogan B., Linden W., Najarian B. Social support intervention: Do they work? *Clin. Psychol. Rev.* 2002; 22 (3): 383–442.