

Социальная поддержка, эмоциональное благополучие и особенности смыслоразножизненных ориентаций пациентов с последствиями спинномозговой травмы

И.Д.Булюбаш, О.С.Башта

Приволжский федеральный медицинский
исследовательский центр Минздрава России,
Н.Новгород

В статье представлены сведения, касающиеся социальной (межличностной) поддержки пациентов с последствиями спинномозговой травмы и ее связи с эмоциональным состоянием и смыслоразножизненными ориентациями. Анализ корреляционных связей показал необходимость психотерапевтических вмешательств, связанных с расширением социальной сети пациентов для уменьшения риска развития тревоги и депрессии, отражающих их психологическое неблагополучие.

Ключевые слова: последствия спинномозговой травмы, социальная (межличностная) поддержка, параметры социальной сети пациентов, эмоциональное благополучие/неблагополучие.

Social Support, Emotional Well-Being and Life Orientations of Patients Suffering from the Consequences of Spinal Cord Injury

I. D. Bulyubash, O. S. Bvshata

Volga Federal Medical Research Center of Ministry
of Health of the Russian Federation, Nizhny
Novgorod

This article contains information relating to the social (interpersonal) support for patients with spinal cord injury and its connection to the emotional state and life orientations. The correlation analysis showed the need for psychotherapeutic interventions associated with the expansion of the social network of patients to reduce the risk of anxiety and depression reflecting their psychological ill-being.

Keywords: effects of spinal injury, social (interpersonal) support, social network parameters of patients, emotional well-being/ill-being.

Под социальной (межличностной) поддержкой имеется в виду поддержка и помощь со стороны

окружающих, которая дает понять индивидууму, что он любим, ценен и интересен. Она реализуется в отношениях с членами семьи, друзьями, сверстниками, партнерами, коллегами. Кроме того, социальную поддержку понимают как многоуровневый конструкт, включающий и объем социальной сети человека (совокупность социальных связей личности), и количество (частоту) поддержки, и ее качество (удовлетворенность поддержкой).

К отношениям, составляющим систему социальной поддержки, относятся личные отношения, обеспечивающие ощущение защищенности и интимности, а также социальная интегрированность, т.е. чувство принадлежности к группе сверстников или друзей. Потребность в ясности и информированности удовлетворяют отношения руководства. Отношения с сотрудниками и коллегами поддерживают самоуважение личности. Не менее важны отношения, связанные с заботой (например, о детях) и надежным сотрудничеством между членами семьи [8]. Выделяют, кроме того, эмоциональную, инструментальную и информационную составляющие социальной поддержки [6], доступную (фактическую) и субъективно воспринимаемую социальную поддержку, а также реально оказанную и полученную поддержку [5, 12].

Известно, что в общей популяции размер социальной сети и количество социальной поддержки значимо связаны [7]. Однако считается, что суждение о социальной поддержке только по ее количественной составляющей может быть неадекватным из-за ее различных качественных характеристик и особенностей субъективного восприятия межличностной поддержки индивидуумом. При этом субъективная оценка социальной поддержки (удовлетворенность ею) может сильно отличаться от предложенной, доступной или даже реально полученной поддержки, поскольку отношения при этом могут носить негативный характер и наносить урон психологическому благополучию личности. Поэтому необходимо оценивать представленность всех указанных видов межличностной поддержки [11]. Среди всех упомянутых выше типов поддержки, именно субъективно воспринимаемая социальная (межличностная) поддержка является надежным фактором прогноза приспособления при хронической патологии [10].

Последствия спинномозговой травмы существенно влияют на всю последующую жизнь пациента. При этом пациенту недостаточно только выжить или приспособиться к ограничениям, ему необходимо заново научиться жить полноценной жизнью и личностно развиваться, обрести новые цели, ценности и смыслы. Именно от этого зависит его психологическое благополучие и удовлетворенность собственной жизнью [13].

Среди факторов, связанных с психологическим благополучием пациентов с последствиями спинномозговой травмы (ПСМТ), называют хорошее физическое и психическое здоровье, эмоциональную стабильность, автономность функционирования, принятие инвалидности и социальную поддержку [9]. Субъективная оценка благополучия детерминирована, по мнению Р.И.Шамионова [3], смыслоразножизненными ориентациями личности, а также ее представлениями о себе в связи с объективными показателями социального познания и жизнедеятельности.

При этом количественные и качественные особенности социальной поддержки обусловлены как наличием достаточного количества родственников для ухода за пациентом, так и способностью пациента к

Уровни	Кодировка уровня		
	1	2	3
Объем социальной сети	≤5 человек (низкий)	5–9 человек (средний)	10–30 человек (высокий)
Плотность социальной сети (индекс плотности)	Около 1 (высокий)	≤2 и ≥2,5 (средний)	2–2,5 (низкий)
Зависимость социальной сети	Присутствуют родственники + ≥3 человека (не члены семьи) (низкий)	Присутствуют родственники + 1–3 человека (не члены семьи) (средний)	Присутствуют только родственники (высокий)
Замкнутость социальной сети	Присутствуют родственники + средний и дальний круг общения (низкий)	Присутствуют родственники + средний круг общения (средний)	Присутствуют только родственники (ядро) (высокий)

построению глубоких эмоциональных связей с другими людьми, его жизненными целями и ценностями, а также его эмоциональной стабильностью/неустойчивостью, обуславливающей характер его общения. Такие особенности могут стать одной из стратегий психотерапии пациентов с ПСМТ для повышения уровня его адаптации в семье и обществе. Понимание связей между особенностями социальной поддержки и социальной сети пациента, а также уровнем его психологического благополучия (эмоционального благополучия, осмысленности жизни) позволит врачу-психотерапевту сделать индивидуальную и групповую работу с пациентами более сфокусированной и эффективной.

Целью исследования стало выявление взаимосвязей между показателями, характеризующими социальную поддержку пациентов с ПСМТ (включая параметры социальной сети), и показателями, свидетельствующими о психологическом благополучии/неблагополучии (уровень тревоги и депрессии, а также основные особенности смысловых ориентаций).

Материал и методы

Психодиагностическое исследование включало измерение:

1. Выраженности и уровня тревоги и уровня депрессии (Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS) [14]. Показатели: выраженность тревоги (в баллах), уровень тревоги, выраженность депрессии (в баллах), уровень депрессии.
2. Выраженности и уровня выраженности основных смысловых ориентаций (Тест СЖО) [1]. Показатели:
 - СЖО–Цель – наличие или отсутствие в жизни испытываемых целей, придающих жизни осмысленность, направленность и временную перспективу;
 - СЖО–Процесс – интерес и эмоциональная насыщенность жизни;
 - СЖО–Результат – результативность жизни или удовлетворенность самореализацией;
 - СЖО–Локус Контроля–Я – представление о себе как о личности, обладающей достаточной свободой выбора;
 - СЖО–Локус Контроля–Жизнь или управляемость жизни;
 - СЖО–Общий или осмысленность жизни – интегральный показатель, включающий целеустремленность, эмоциональную насыщенность жизни и ее результативность.
3. Субъективно воспринимаемой эффективности и адекватности социальной поддержки с использованием «Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки» (МШВСП или «MSPSS»), разработанной D.Zimet в 1988 г. [15], (русскоязычная модификация Н.А.Сироты и В.М.Ялтонского) [2]. В модифицированной методике эффективность и адекватность социальной поддержки оценивалась

по пяти шкалам: поддержка семьи, поддержка коллег по работе, поддержка друзей, поддержка значимых других и поддержка общественных организаций.

4. Структурных свойств социальной сети [8]. К ним относятся следующие параметры:

- общий объем социальной сети (количество человек);
- уровень объема социальной сети
- индекс плотности социальной сети (отношение общего количества людей в социальной сети к числу лиц, значимых для пациента);
- уровень плотности социальной сети;
- уровень зависимости социальной сети (степень присутствия родственников и неродственников в социальной сети);
- уровень замкнутости социальной сети – степень присутствия в социальной сети людей из среднего и дальнего круга общения, с которыми индивидуум общается еженедельно, несколько раз в месяц и реже).

5. Фактически полученной поддержки (Опросник социально поддерживающего поведения - Inventory of Socially Supportive Behaviours (ISSB) – Short form) [4] Измеряемые параметры:

- Общая полученная поддержка (ОПП) – количество человек, ее предоставляющих, не учитывая членов семьи;
- ОПП – доля людей, оказывающих такую поддержку каждый день;
- ОПП – доля людей, оказывающих такую поддержку 2–3 раза в неделю;
- ОПП – доля людей, оказывающих такую поддержку 1 раз в неделю;
- ОПП – доля людей, оказывающих такую поддержку 1 раз в месяц.

Исследован 41 пациент с последствиями спинномозговой травмы (32 мужчины и 9 женщин) в возрасте от 18 до 57 лет. По возрасту пациенты распределились следующим образом: 18–20 лет – 5 пациентов, 21–30 лет – 18 пациентов, 31–40 лет – 9 пациентов, 41–50 лет – 4 пациента, старше 50 лет – 5 пациентов. Пациентов с параплегией (парапарезом) – 30 человек, пациентов с тетраплегией (тетрапарезом) – 1 человек. Сроки травмы измерялись в месяцах и составляли от 1 до 125 мес.

Для изучения взаимосвязей между показателями, характеризующими эмоциональное благополучие пациентов с ПСМТ, их смысловых ориентаций и особенности их социальной поддержки, был использован корреляционный анализ, ранговый коэффициент корреляции Спирмена (r_s) и гамма-корреляция (r_g). Принятый уровень статистической значимости составлял 0,05. Интерпретация коэффициента корреляции производилась исходя из уровня силы связи: $r > 0,01 \leq 0,29$ – слабая положительная связь, $r > 0,30 \leq 0,69$ – умеренная положительная связь, $r > 0,70 \leq 1,00$ – сильная положительная связь,

Показатель 1	Показатель 2	Коэффициент корреляции
Уровень субъективного восприятия социальной поддержки (опросник МШВСП)	Уровень депрессии	$r_{\gamma} = -0,48, p = 0,05$
Общая полученная поддержка (общее количество не членов семьи, дающих различные виды поддержки)	Уровень депрессии	$r_{\gamma} = -0,39, p = 0,04$

Показатель 1	Показатель 2	Коэффициент корреляции
Субъективное восприятие социальной поддержки, номинальное значение (опросник МШВСП)	СЖО–Цель	$r_s = -0,35, p = 0,02$
Уровень субъективного восприятия социальной поддержки (опросник МШВСП)	СЖО–Цель СЖО–Процесс СЖО–Общий	$r_{\gamma} = 0,47, p = 0,0005$ $r_{\gamma} = 0,33, p = 0,04$ $r_{\gamma} = 0,32, p = 0,04$
Общая полученная поддержка (общее количество не членов семьи, дающих различные виды поддержки)	СЖО–Локус контроля–Я Уровень СЖО–Локус контроля–Я СЖО–Локус контроля–Жизнь СЖО–Общий	$r_s = 0,35, p = 0,02$ $r_{\gamma} = 0,56, p = 0,006$ $r_s = 0,38, p = 0,01$ $r_s = 0,42, p = 0,01$
Показатель межличностной поддержки, приходящейся на одного наиболее поддерживающего человека из круга друзей и знакомых	СЖО–Локус контроля–Я СЖО Локус Контроля–Жизнь	$r_{\gamma} = -0,31, p = 0,05$ $r_s = -0,35, p = 0,02$
Показатель ежедневной межличностной поддержки	Уровень СЖО–Цель	$r_{\gamma} = 0,37, p = 0,05$
Показатель еженедельной межличностной поддержки	Уровень СЖО–Процесс	$r_{\gamma} = 0,33, p = 0,04$

Показатель 1	Показатель 2	Коэффициент корреляции
Уровень объема социальной сети (количество человек)	Уровень тревоги	$r_{\gamma} = -0,40, p = 0,05$
Уровень зависимости социальной сети	Уровень тревоги Выраженность тревоги	$r_s = 0,56, p = 0,01$ $r_s = 0,33, p = 0,04$
Уровень замкнутости социальной сети	Уровень тревоги	$r_{\gamma} = 0,43, p = 0,04$
Уровень плотности социальной сети пациента	Уровень депрессии	$r_{\gamma} = -0,51, p = 0,02$
Индекс плотности социальной сети	Выраженность депрессии	$r_{\gamma} = -0,33, p = 0,04$

$r > -0,01 \leq -0,29$ – слабая отрицательная связь, $r > -0,30 \leq -0,69$ – умеренная отрицательная связь, $r > -0,70 \leq -1,00$ – сильная отрицательная связь. В работе представлены умеренные и значительные корреляционные связи (слабые связи между величинами опущены).

Результаты исследования

Результаты корреляционного анализа представлены в табл. 2–5.

Из табл. 2 следует, что чем больше уровень депрессии, тем меньше общая полученная поддержка (число не членов семьи, предоставляющих разные виды межличностной поддержки) и, наоборот, сужение круга контактов пациента может способствовать развитию симптомов депрессии. Субъективная оценка адекватности и эффективности получаемой межличностной поддержки также связана с уровнем депрессии, уменьшаясь при росте ее выраженности. Полученные взаимосвязи свидетельствуют о том, что для эмоционального благополучия пациентов с ПСМТ важны не только члены семьи, ухаживающие за пациентом, но и широкий круг контактов с другими людьми, не являющимися родственниками пациентов.

Субъективное восприятие социальной поддержки, а также его уровень положительно связаны с наличием у пациента жизненных целей (показатель СЖО–Цель). Кроме того, уровень субъективного восприятия социальной поддержки положительно коррелирует с выраженностью показателя СЖО–Процесс и Общим показателем СЖО. Это означает, что наличие жизненных целей, общая удовлетворенность жизнью и ее осмысленность способствуют

восприятию социальной поддержки как адекватной и достаточной.

Установлена также положительная корреляционная связь между общей полученной поддержкой (общее количество не членов семьи, дающих различные виды поддержки) и способностью пациентов делать жизненные выборы. Общая полученная поддержка, кроме того, положительно связана с внутренним локусом контроля (показатель СЖО–Локус Контроля–Я) и особенно с уровнем данного показателя, т.е. свободой выбора направления своей жизни и показателем СЖО–Локус Контроля–Жизнь, т.е. ощущением способности контролировать свою жизнь, а также общим показателем СЖО, свидетельствующим об осмысленности жизни.

Чем больше доля поддержки одного человека из круга друзей и знакомых в общей поддержке, тем меньше показатель СЖО–Локус контроля–Я и СЖО–Локус Контроля–Жизнь. Это может свидетельствовать о важности распределения межличностной поддержки на большее количество друзей и знакомых для увеличения способности пациентов выбирать, контролировать свою жизнь и быть удовлетворенным ее эмоциональной насыщенностью. В то же время показатель ежедневно получаемой поддержки положительно коррелирует с уровнем показателя СЖО–Цель, что может отражать как влияние целеустремленности пациента на уровень социальной поддержки, так и, наоборот, влияние ежедневной межличностной поддержки друзьями, знакомыми и коллегами на способность пациента к постановке целей.

Из табл. 4 видно, что уровень объема (размер) социальной сети пациента отрицательно коррелирует

Показатель 1	Показатель 2	Коэффициент корреляции
Общий объем социальной сети (количество человек)	Уровень СЖО-Цель	$r_{\gamma}=0,54, p=0,005$
	Показатель СЖО-Результат	$r_{\gamma}=0,42, p=0,009$
Уровень объема социальной сети	Уровень СЖО-Цель	$r_{\gamma}=0,54, p=0,02$
	Показатель СЖО-Результат	$r_{\gamma}=0,38, p=0,01$
Уровень зависимости социальной сети	Показатель СЖО-Цель	$r_{\gamma}=-0,43, p=0,007$
	Уровень СЖО-Цель	$r_{\gamma}=-0,54, p=0,02$

с уровнем тревоги. Это означает, что пациенты с неразвитой сетью межличностной поддержки (соответствующей низкому уровню объема) будут склонны к формированию тревожных состояний.

Выявлены отрицательные корреляционные связи между индексом плотности (и его уровнем) социальной сети пациента и выраженностью депрессии. При этом низкое номинальное значение индекса плотности (см. табл. 1) соответствует чрезмерно плотной социальной сети, в которой круг социальной поддержки пациента с ПСМТ состоит в основном из членов семьи. Таким образом, можно предполагать большую склонность к формированию депрессивной симптоматики у лиц с чрезмерно плотной социальной сетью и, наоборот, меньший риск ее развития у лиц с развитой социальной сетью. Положительно коррелируют между собой уровень зависимости социальной сети и выраженность тревоги, а также уровень тревоги и выраженность депрессии (см. табл. 4). Это означает, что риск развития тревоги и депрессии будет выше у пациентов, социальная сеть которых представлена в основном родственниками. Замкнутость социальной сети (степень присутствия в ней лиц из среднего и дальнего круга общения) также положительно связана с уровнем тревоги. В связи с этим, риск развития тревоги и депрессии становится выше у пациентов, социальная сеть которых представлена только близким кругом – знакомыми между собой людьми (высокие уровни плотности, зависимости и замкнутости).

Табл. 5 демонстрирует умеренные положительные корреляционные связи между общим объемом и уровнем объема социальной сети пациента, а также показателями (и уровнями выраженности показателей) СЖО–Цель и СЖО–результат. Это означает, что пациенты с широким кругом социальной поддержки и общения в большей степени характеризуются наличием жизненных целей и в большей степени удовлетворены результатами действий и выборов в своей жизни. Пациенты с высоким уровнем зависимости социальной сети (представленной членами семьи) характеризуются меньшей склонностью к формированию жизненных целей. Таким образом, способность ставить цели, а также удовлетворенность результатами своих действий в значительной мере определяется как объемом социальной сети пациента, так и степенью ее замкнутости и зависимости.

Обсуждение результатов

В работе рассмотрены взаимосвязи субъективной и общей полученной поддержки пациентов с ПСМТ, а также параметров их социальной сети:

- 1) с эмоциональным состоянием, как одним из аспектов психологического благополучия;
- 2) с состоянием смысложизненных ориентаций, как когнитивным аспектом психологического благополучия, включающим наличие жизненных целей, удовлетворенности своей жизнью и ее результатами;
- 3) с особенностями структуры социальной сети, имеющейся в их распоряжении.

Обнаруженная взаимосвязь между общей полученной поддержкой и уровнем депрессии свидетельствует об уменьшении количества межличностной поддержки со стороны лиц, входящих в средний и дальний круг общения пациента с ростом уровня депрессии, что может быть следствием тенденции к депрессивной изоляции пациентов с ПСМТ. В то же время отсутствие широкого круга межличностной поддержки также может способствовать развитию депрессивной симптоматики у пациентов. При этом субъективное восприятие полученной межличностной поддержки зависит от уровня депрессии, пациенты с высоким уровнем депрессии склонны оценивать такую поддержку как недостаточную или неэффективную. Таким образом, эмоциональное благополучие пациентов с ПСМТ, описываемое в данном случае через низкий уровень депрессии, определяется количеством не членов семьи (друзей, знакомых, коллег и т.п.), предоставляющих разные виды межличностной поддержки. Это свидетельствует о необходимости психотерапевтических интервенций, направленных на увеличение круга общения пациента.

Восприятие межличностной поддержки как достаточной и адекватной тесно связано с наличием у пациентов жизненных целей, удовлетворенностью эмоциональной насыщенностью жизни (чему может содействовать широкий круг контактов пациента) и ее осмысленностью. То же самое касается и общей полученной поддержки, определяемой через количество лиц, ее предоставляющих. Имеющиеся связи между общей полученной поддержкой и наличием у пациентов способности делать жизненные выборы и контролировать свою жизнь может свидетельствовать о желательности широкого круга межличностной поддержки для пациентов, поддерживающих ощущение осмысленности их жизни и активную жизненную позицию. При этом важно, чтобы межличностная поддержка распределялась на достаточно большое количество друзей, коллег и знакомых, оказывающих ее еженедельно, что определяет способность пациентов делать выборы и контролировать свою жизнь и соответствует большей удовлетворенности процессом жизни.

Кроме того, эмоциональное состояние и смысложизненные ориентации пациентов с ПСМТ определяются также параметрами их социальной сети. Неразвитость социальной сети пациентов с ПСМТ (ее низкий объем, высокая плотность, зависимость и замкнутость) можно рассматривать как один из факторов прогноза эмоционального неблагополучия, заключающегося в формировании высокого уровня тревоги и депрессии. Развитая социальная сеть пациентов с ПСМТ может послужить также одним из предикторов способности пациентов к формированию жизненных целей, что включает в себя способность ставить цели восстановительного лечения. Это свидетельствует о необходимости интервенций, связанных с расширением круга лиц, оказывающих пациенту любые виды поддержки (информационную, эмоциональную, инструментальную).

Выводы

1. В процессе приспособления пациентов к последствиям спинномозговой травмы социальная (межличностная) поддержка и эмоциональное благополучие пациентов с ПСМТ значимо связаны. Риск развития тревоги и депрессии у пациентов с ПСМТ определяется уровнем субъективного восприятия социальной поддержки и количеством лиц (не относящихся к семье пациента), предоставляющих такую поддержку.
2. Способность пациентов с ПСМТ ставить жизненные цели, их удовлетворенность результатами своих действий в значительной мере связана с особенностями развития его социальной сети, такими как количество друзей и знакомых, представленность среднего и дальнего круга общения/межличностной поддержки, а также с кратностью такой поддержки. Кроме того, ощущение осмысленности своей жизни у пациентов значимо связано с субъективным восприятием социальной поддержки как достаточной и адекватной, что в свою очередь определяется уровнем депрессии.
3. В связи с этим к психотерапевтическим интервенциям, определяющим психологическое (эмоциональное) благополучие пациентов будут относиться как интервенции направленные на уменьшение уровня тревоги и депрессии, так и интервенции, направленные на формирование широкого круга межличностной поддержки пациентов с ПСМТ (участие в группах поддержки, тренингах, форумах, побуждение к формированию новых знакомств и их поддержанию и др).

Литература

1. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2000; 18. / Leont'ev D.A. Test smyslozhiznennyh orientacii (SZhO). 2-e izd. M.: Smysl, 2000; 18. [in Russian]
2. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: дис. ... д-ра мед. наук. Бишкек, 1994; 283. / Sirota N.A. Koping-povedenie v podrostkovom vozraste: dis. ... d-ra med. nauk. Bishkek, 1994; 283. [in Russian]
3. Шамянов Р.М. Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы. Саратов: Научная книга, 2008;

296. / Shamionov R.M. Sub#ektivnoe blagopoluchie lichnosti: psihologicheskaja kartina i faktory. Saratov: Nauchnaja kniga, 2008; 296. [in Russian]

4. Barrera M.J., Baca L.M. Recipient reactions to social support: Contributions of enacted support, conflicted support and network orientation. J. Soc. Pers.Relat. 1990; 7: 4: 541–51.
5. 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.
6. Chronister J.A., Johnson E.K., Berven N.L. Measuring social support in rehabilitation. Disabil. Rehabil. 2006; 28: 2: 75–84.
7. Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol. Bull. 1985; 98: 2: 310–57.
8. Gottlieb B.H., Bergen A.E. Social support concepts and measures. J. Psychosom. Res. 2010; 69: 5: 511–520.
9. Kemp B., Vash C. Productivity after injury in a sample of spinal cord injured persons: A pilot study. J. of Chronic Dis. 1971; 24: 4: 259–75.
10. O'Hare M. A., Wallis L., Murphy G.C. Social support pairs predict daily functioning following traumatic spinal cord injury: An Exploratory Study. The Open Rehab. J. 2011; 4: 51–8.
11. Sarason I.G., Sarason B.R., Shearin E.N., Pierce G.R. A brief measure of social support: practical and theoretical implications. J. Soc. Pers. Relat. 1987; 4: 497–610.
12. Uchino B.N. Understanding the links between social support and physical health: a lifespan perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. Persp. Psychol. Sci. 2009; 4: 3: 236–55.
13. Whiteneck G.G., Charlifue S.W., Finkel H.L., Fraser M.H., Gardner B.P., Gerhart K.A., Krishman K.R., Menter R.R., Nuseibeh I., Short D.J., Silver J.R. Mortality, morbidity, and psychosocial outcomes of persons spinal cord injured more than 20 years ago. Paraplegia. 1992; 30: 9: 617–30.
14. Zigmond A. S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. Acta Psychiatr. Scand. 1983; 67: 361–370.
15. Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., Farley G.K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J. Person. Ass. 1988; 52: 1: 30–41.
16. Балинова В.С. Статистика в вопросах и ответах: Учебное пособие. М.: Изд-во Проспект. 344. / Balinova V.S. Statistika v voprosah i otvetah: Uchebnoe posobie. M.: Izd-vo Prospekt. 344. [in Russian]

Сведения об авторах:

Булюбаш Ирина Дмитриевна – к.м.н., старший научный сотрудник, отделение реабилитации, ФГБУ «ПФМИЦ» Минздрава России, Нижний Новгород
Башта О.С. – стажер-психолог ФГБУ «ПФМИЦ» Минздрава России