

# Социальная поддержка студентов с ОВЗ в условиях инклюзивного образования

*Л. А. Александрова, старший научный сотрудник, НИУ ВШЭ, [ladaleksandrova@mail.ru](mailto:ladaleksandrova@mail.ru)*

*Т. А. Силантьева, студентка магистратуры, Институт образования НИУ ВШЭ, [tanyasilantieva@yandex.ru](mailto:tanyasilantieva@yandex.ru)*

---

В статье рассматриваются существующие модели социальной поддержки и их роли в трудной жизненной ситуации. На основе анализа литературы мы формулируем гипотезу, что при инвалидности в ситуации хронического стресса социальная поддержка входит в саморегуляционные механизмы. Гипотеза проверялась на выборке студентов с ОВЗ, обучающихся в Московском городском психолого-педагогическом университете (N=48), и контрольной группе здоровых студентов (N=162). В качестве основного показателя успешности саморегуляции использовался показатель самооффективности, в качестве дополнительного показателя социальной (не) успешности – показатель дезадаптации. На основе проведенного анализа и обработки данных, мы делаем вывод о вкладе показателя социальной поддержки в самооффективность. Также делается вывод о том, что при избытке соцподдержки у высокоэффективных студентов с ОВЗ может происходить отказ от ее получения.

**Ключевые слова:** инклюзивное образование, студенты с ОВЗ, социальная поддержка, самооффективность, теории социальной поддержки.

---

*При поддержке РГНФ проект 13-36-01049*

## Исследования роли социальной поддержки в трудной жизненной ситуации

Более века назад французский социолог Дюркгейм обнаружил, что суициды случаются гораздо чаще среди людей со слабыми социальными связями. Сейчас является общеизвестным тот факт, что люди с менее развитым интеллектом чаще встречаются среди тех, кто не встроен в социальную реальность. Более того, физическое здоровье и долгая жизнь имеют своим источником социальные факторы. Теория заботы Боулби утверждает, что достаточная эмоциональная забота в раннем возрасте служит источником чувства защищенности и уверенности в отношениях в будущем.

При рассмотрении отношений между здоровьем и социальным окружением мы будем исходить из того, что здоровье детерминировано не только биологическими, но и психологическим и социальными факторами.

Также есть сведения о том, что благоприятное социальное окружение способствует большей продолжительности жизни. Кроме того тяжело заболевшие люди более склонны устанавливать близкие социальные контакты. При этом если они не получают достаточно поддержки, то чаще умирают.

Социальная поддержка (СП) в зарубежной психологии определяется как доступные социальные ресурсы, предоставленные непрофессионалами в формальных группах поддержки и неофициальных помогающих отношениях [31].

Социальная поддержка определяется как обмен ресурсами между различным количеством людей, по крайней мере, двумя — донором поддержки и ее реципиентом (получателем) и является функцией социальных сетей, которые характеризуют социальную среду личности.

**Сети социальной поддержки** — это структуры, способные оказать человеку помощь. Они включают различные взаимоотношения между людьми, способствующие поддержанию здоровья

Многими авторами признается важность социальной поддержки как ресурса при совладании со стрессом и трудными жизненными ситуациями. Также социальная поддержка выделяется как отдельный компонент в описанных моделях совладания и саморегуляции. М. Г. Краско предлагает считать, что «социальная поддержка представляет собой такое взаимодействие социальных субъектов, когда один из них, проявляя собственную активность в преодолении трудностей, получает помощь от других субъектов для ускорения процесса социальной реабилитации, связанной с восстановлением самостоятельности в своем функционировании и развитии»[5].

**Таблица 1.** Наличие компонентов саморегуляции в разных теориях [35]

Компоненты	Бандура	Карвер, Шеер	Фриз, Запф	Канфер, Акерман	Лок, Латхам	Пинтрич	Зиммерман
Уровень цели	+	+	+	+	+	+	+
Планирование		+	+		+	+	+
Мониторинг		+	+	+		+	+
Метапознание			+	+		+	+
Внимание		+		+	+		+

Стратегии обучения						+	+
Настойчивость	+	+	+	+	+	+	+
Тайм-менеджмент						+	+
Управление пространством						+	+
<b>Поиск поддержки</b>			+			+	+
Мотивация	+	+	+	+	+	+	+
Контроль эмоций				+		+	+
Усилие	+	+	+	+	+	+	+
Самооценка		+		+		+	+
Атрибуции	+	+				+	+
Самоэффективность	+	+		+	+	+	+

При наличии столь разных мнений возникает вопросы: является ли соцподдержка частью саморегуляции или она необходима только при стрессе? На этот вопрос мы попробуем ответить в эмпирической части.

Хобфолл определяет понятие «социальная поддержка» как «социальные контакты или отношения, обеспечивающие необходимую помощь или дающие чувство принадлежности к группе, при получении от нее заботы и любви» [24]. Также СП включает в себя информационную поддержку в качестве получения советов и помощи в планировании деятельности.

Согласно теории сохранения ресурсов, стресс является следствием угрозы потери ресурсов, актуального недостатка ресурсов или неуверенности в их получении. Хобфолл сообщает, что социальная поддержка необходима и служит источником для других ресурсов, а в случае ее недостатка ведет к росту болезней.

Такой противоположный достаточности социальной поддержки компонент как незащищенность, наряду с раздражительностью и эмоциональностью, образует невротическую личность [32].

Выделяются две главные теории, объясняющие действие соцподдержки при стрессе. Обе они предполагают, что соцподдержка помогает обеспечивать удовлетворительный уровень саморегуляции.

### **Теория общей эффективности соцподдержки**

Считается, что поддерживающие социальные контакты положительно сказываются на субъективном благополучии и предотвращают или снимают стресс [18]. Т. А. Виллсом было установлено, что помощь членов семьи и друзей оказывает наиболее важное влияние на совпадающее поведение человека. Эмоциональная поддержка близкого человека дает физиологические и психологические преимущества. Когда мы находимся рядом с человеком, которого знаем, - даже просто со знакомым, не говоря уже о муже или жене, - в нашем организме могут происходить такие разные процессы, как замедление сердечного ритма, улучшение работы иммунной системы и уменьшение депрессии [14]. Но количество связей, задействованных в поддержке, изменяется в зависимости от трудности ситуации, в которой человек находится. В критические периоды потребность в поддержке увеличивается. Больные раком груди, которые могли назвать более 10 друзей, имели в 4 раза больше шансов выжить, чем те женщины, которые сделать этого не смогли [27]. Для мужчин недостаток дружеских социальных связей оказывает столь же вредное воздействие на заболевания сердца, как и недостаток супружеской поддержки [30].

Люди, получающие эффективную социальную поддержку от семьи, друзей, значимых для них людей и социальных сообществ, обладают более крепким здоровьем, легче справляются со стрессами, более устойчивы к развитию заболеваний, поэтому важную роль в преодолении стрессовых и проблемных ситуаций играет *социально-поддерживающий процесс*, включающий в себя три звена:

1. способность индивида находить людей, готовых оказать ему помощь — *поиск социальной поддержки*;
2. наличие структур, способных оказать поддержку (члены семьи, друзья, значимые другие, члены общественных организаций и т.д.) — *сети социальной поддержки*;
3. способность человека принимать помощь от окружающих — *восприятие социальной поддержки*.

### **Буферная теория социальной поддержки**

Также есть мнение, что соцподдержка выполняет роль буфера в отношении психического здоровья посредством того, что служит ресурсом, который можно использовать в трудных жизненных ситуациях. Соцподдержка помогает пережить трудные ситуации и служит источником надежды в ситуации постоянного стресса.

Получение социальной поддержки может быть также буфером в трудной ситуации, обеспечивающим необходимые ресурсы, которые человек не может самостоятельно получить. Это буферная гипотеза, утверждающая, что социальная поддержка смягчает, а иногда и полностью устраняет жизненные трудности для нуждающегося в помощи [20]. Поддержка возвращает внезапно утраченное благополучие и служит ресурсом устойчивости.

В этом случае СП выступает медиатором между стрессовыми ситуациями и реакциями человека на них, предоставляя условия для формирования и развития эффективных менее затратных ответов на стрессоры или обеспечивая ресурсами для решения проблем. В целом достаточная соцподдержка переводит стресс в эустресс, а слабая – в дистресс, она позволяет переоценить стресс как положительный. При высоком уровне стресса слабая социальная поддержка приводит к высокому дистрессу.

Множество зарубежных исследований подтверждают влияние недостатка социальной поддержки на риск смертности, возникновения физиологических и ментальных болезней и нарушений социального функционирования. Также утверждается важность предоставления поддержки от близких людей, которая служит эмоциональным буфером, предохраняющим от воздействия стресса. Но также есть и данные, говорящие об отсутствии буферного воздействия социальной поддержки. Существует так называемая теория «эрозии поддержки», заключающаяся в том, что само стрессовое событие служит препятствием для получения поддержки в виду наступления депрессии и снижения способности задействовать социальное окружение для помощи [23]. Согласно теории посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), кроме непосредственного негативного воздействия самой травмы она имеет и воздействие на появление посттравматических симптомов. По классической теории обуславливания, изначально нейтральный по отношению к событию стимул становится эмоционально окрашенным через ассоциацию с травмой, что порождает эмоциональные расстройства, что приводит к появлению избегающего копинга. Такое избегание в кратковременной перспективе приводит к снижению эмоционального напряжения, но в долгосрочной перспективе блокирует все большую область активности. Поэтому он старается избегать и отрицать всего, что связано с травматическим событием. Согласно Лангу (1985), это избегание распространяется на три области:

1. информацию о травматическом событии;
2. физиологические, когнитивные и поведенческие реакции, связанные с травмой;
3. информацию, касающуюся личностного смысла травмы.

Развивая теорию Ланга, Фoa предположил распространение зоны избегания на социальную ситуацию человека, участники которой каким-либо образом связаны с травмой по причине риска актуализации болезненных эмоций [22]. Люди, говорящие или напоминаящие о травме, могут породить флешбэк (детальное переживание травмы в автобиографической памяти), что затруднит осмысление травматического события и его «переваривание». Но подобные негативные последствия могут быть устранены, если у человека есть чувство контроля над текущей ситуацией и ощущение безопасности. Также есть еще более радикальная в отношении роли социальной поддержки теория «излишней активации тревоги», по которой социальная поддержка способствует развитию ПТСР. Ввиду того, что травмированный человек пребывает в страхе и тревоге, любые новые стимулы (люди) также окрашиваются этим страхом и тревогой. Поэтому любые попытки помощи находят отрицательный ответ. Но эти авторы не конкретизируют ситуации негативного восприятия социальной поддержки.

Выделяют следующие **типы социальной поддержки**:

- эмоциональная — забота о другом, доверие и сопереживание ему;
- инструментальная или материальная — помощь коллег по работе, финансовая помощь, обеспечение ресурсами;
- информационная — содействие в разрешении проблемы путем предложения важной информации, совета;
- обратная связь или поддержка в форме оценки — оценка исполнения после разрешения проблем.

К **компонентам социальной поддержки** относятся

- структура (семейный статус, число друзей, связи с родственниками, членами формальных и неформальных организаций и т.д.);
- функции (эмоциональная, оценочная, информационная, ресурсная);
- эффект (удовлетворенность поддержкой).

Социальная поддержка смягчает воздействие стресса высокой интенсивности, выступает как буфер между стрессором и человеком. Высокая социальная поддержка нейтрализует негативное влияние стресса высокой интенсивности и обеспечивает сохранение здоровья. Низкая социальная поддержка при стрессе высокой интенсивности не оказывает буферного эффекта, что приводит к ухудшению здоровья.

Социальная поддержка содействует процессам преодоления стресса в трех направлениях: за счет повышения самооценки; благодаря помощи других людей в изменении стрессовой ситуации; путем включения оценки значимого другого в свою систему, что меняет эмоциональный ответ на действие стрессогенного фактора и позволяет увидеть ситуацию «другими глазами» [37]. С. Кохен и С. Сайм полагают, что социальная поддержка снижает негативное действие стресса и увеличивает положительное путем повышения самооценки, усиления прочности

иммунной системы, в результате чего уменьшается восприимчивость к болезням [31].

Феномену социальной поддержки и ее влиянию на адаптацию индивида в стрессовой ситуации посвящено множество исследований.

Давид Шпигель вместе с Ирвином Яломом в течение года проводили группы поддержки неизлечимо больных женщин. По сравнению с женщинами, борющимися с раком в одиночку, участницы группы научились противостоять своему страху, выражать свои чувства и искренне относиться к другим, они были менее подвержены беспокойству и физической боли [36]. В долгосрочной перспективе эти женщины прожили в два раза дольше, чем живут с такой формой рака. Чем чаще женщины ходили на встречи, тем дольше они жили.

Большинство исследователей различают полученную и воспринятую социальную поддержку и утверждают, что воспринятая поддержка вносит существенный вклад в психологическое благополучие, а полученная без запроса – тоже, но в меньшей мере. Но также и большие число других исследований говорят об увеличении запроса поддержки при увеличении дистресса и повышение посттравматической симптоматики при низкой поддержке [33].

Г. Сандерс предлагает рассматривать соцподдержку как процесс, который имеет следующие фазы в связи с моментом совладания со стрессом:

1. превенция, когда человек стремится сохранить свое благополучие;
2. совладания с болезнью;
3. восстановления.

Но также есть данные о том, что поддержка от членов семьи связана с развитием ПТСР, в то время как полученная инструментальная поддержка (содержащая информацию о способах действия) не связывается с ПТСР. Если рассматривать эти данные с позиции системного подхода, то можно сказать, что поддержка от близких «консервирует» жизненный мир человека, что не способствует совладанию с травмой, а поддержка советом действует в направлении расширения жизненного мира.

Важнейшей особенностью социальной поддержки, отличающей этот вид социального взаимодействия от социальной защиты и помощи, заключается в том, что она характеризуется активностью субъекта, направленной на **самостоятельное преодоление** сложной жизненной ситуации. Человек пытается использовать имеющиеся у него ресурсы, что позволяет ему не оказаться в положении, когда требуется от кого-то защищаться или просить помощи. Однако самостоятельные усилия не дают желаемого результата. Тогда возникает потребность в получении недостающих средств от других субъектов. Те используют имеющиеся у них возможности для успешного преодоления трудностей, возникших у ослабленного субъекта. Происходит соединение активности двух субъектов, действующих в одном направлении. Целью такой деятельности становится обеспечение через определенное время полной самостоятельности субъекта, получающего социальную поддержку.

Социальная поддержка должна обязательно включать в себя **развитие и саморазвитие** того субъекта, который ее получает. В этом также заключается одно из существенных отличий данного вида взаимодействия от тех, которые определяются понятиями «социальная защита» и «социальная помощь». М. Г. Краско предлагает считать, что «социальная поддержка представляет собой такое взаимодействие социальных субъектов, когда один из них, проявляя собственную активность в преодолении трудностей, получает помощь от других субъектов для ускорения процесса социальной реабилитации, связанной с восстановлением самостоятельности в своем функционировании и развитии» [5, 11]. **Цель сознательно используемой социальной поддержки заключается в обретении субъектом потенциала саморегуляции, достаточного для адаптации к текущему уровню жизнедеятельности.** Таким образом, специфичность участия соцподдержки в трудной жизненной ситуации заключается в ее вкладе в рост способности саморегуляции и снижение стресса.

### Социальная поддержка как личностный ресурс

Согласно теории сохранения ресурсов [25] и теории социальной поддержки, люди предпочитают запасать и сохранять ресурсы. Ресурсы определяются как объекты, внутренние условия, личностные особенности или энергия, ценные сами по себе, как для личности, так и для общества, или служат средством в достижении значимых целей и результатов. В случае недостатка ресурсов или неэффективности их применения, человек испытывает стресс. Точнее, стресс и его последствия зависят от того, насколько ресурсы соответствуют запросам [24].

Социальная поддержка, рассматриваемая в качестве основного социального ресурса, имеет две основные функции – самоопределения и опосредования наличных ресурсов субъекта и приобретения новых. Согласно той же теории, стресс является следствием угрозы потери ресурсов, актуального недостатка ресурсов или неуверенности в их получении. Хобфолл сообщает, что социальная поддержка служит источником для других ресурсов.

Эффективное **преодоление** стресса обеспечивается за счет творческого, разумного использования имеющихся ресурсов и оценивается по показателям эффективности затрат энергии и ресурсов, достижения цели противодействия стрессу и восстановления функционального состояния, личного развития в виде повышения способностей, самоуважения и благополучия.

В ресурсной модели стресса заслуживает внимания принципиальная возможность оценить его через категорию потери, расхода ресурсов. Согласно той же теории сохранения ресурсов Хобфолла, **стресс** имеет как **внешние параметры**, имеющие источник в окружающей среде, так и **личностные параметры**, в частности, достаточность личностных ресурсов для деятельности.

Мы считаем, что социальная поддержка также может рассматриваться и как внешняя характеристика среды (предоставленная поддержка, социальный капитал,



потенциал поддержки социальной сети) и как личностный ресурс (готовность к запросу поддержки, удовлетворенность полученной поддержкой).

### **Функции социальной поддержки**

Хобфолл приводит две функции социальной поддержки, вносящие большой вклад в проактивное по отношению к стрессу поведение. Эти функции – защита и предоставление ресурсоемкого пространства. Защитная функция поддержки предотвращает негативные эффекты стресса при неудаче в деятельности, достаточность ресурсов в социальном окружении делает возможным успешность достижения текущих целей. Но они обе требуют активной позиции совладающего субъекта по отношению к запросу поддержки и уверенности в ее предоставлении. Если запрашиваемая поддержка соответствует предоставленным ресурсам, то субъект испытывает удовлетворенность соцподдержкой. В ситуации хронической недостаточности ресурсов (длительной болезни, например) удовлетворенность поддержкой становится ресурсом уверенности в будущей поддержке и встраивается в систему саморегуляции на этапе планирования. В ситуации хронической нехватки ресурсов (болезни) для нуждающегося важнее быть уверенным в получении поддержки от малого числа близких людей, чем неуверенным в получении случайной помощи от большого круга родственников и друзей. К. Муздыбаев приводит данные о том, что люди готовы оказывать кратковременную или случайную поддержку в 2,5 раза чаще (37% против 16%), чем постоянно кому-то помогать [9]. Относительно запроса поддержки нуждающимся и получения помощи при необходимости он приводит статистику того, что в среднем по разным видам социальной поддержки в 50% случаев запрос оказывается удовлетворенным, а в 50% - безответным [9]. Понятно, что в ситуации болезни необходима уверенность в получении поддержки. В этой хронической или длительной трудной ситуации формируется своеобразный коллективный субъект деятельности, основной целью которого является преодоление травмы [12]. В этом случае социальная поддержка встраивается в личностную саморегуляцию в качестве ресурса.

Шварцер с соавторами выдвинули «гипотезу переноса ресурсов», заключающуюся в том, что в трудных ситуациях (тяжелой болезни, например), если поддерживающая система состоит из стабильной диады (супруги), то полученная в прошлом поддержка от партнера предсказывает высокую вероятность ее получения в будущем.

Мы считаем, что в ситуации непредвиденного стресса социальная поддержка выполняет роль буфера и способствует восстановлению устойчивости, а в ситуации хронического стресса является ресурсом саморегуляции. Саморегуляция при внезапном стрессе имеет дело с уже произошедшим событием, а при хроническом стрессе с последствиями травмы еще актуальным. Поэтому стратегии совладания различны.

## Исследование

Выборка *испытуемых* с ОВЗ составила 48 человек (27 студентов университета и 21 учащийся колледжа, из них 14 девушек и 34 юноши, средний возраст  $18\pm 1,6$  лет). Выборка условно здоровых испытуемых составила 162 человека (79 студентов университета и 83 учащихся колледжа, из них 102 девушки и 60 юношей, средний возраст  $18,5\pm 1,5$  лет).

### Методики

- *Шкала удовлетворенности жизнью / SWLS (Satisfaction with Life Scale)* Э. Динера и др. в адаптации Д. А. Леонтьева, Е. Н. Осина [10] предназначена для изучения когнитивной оценки соответствия жизненных обстоятельств ожиданиям индивида. Содержит 5 пунктов, оцениваемых по 7-балльной шкале, которые дают один показатель интегральной оценки удовлетворенности жизнью в целом.
- *Шкала субъективного счастья* С. Любомирски в адаптации Д. А. Леонтьева, Е. Н. Осина [10] измеряет эмоциональное переживание индивидом собственной жизни и ее течения. Содержит 5 пунктов, оцениваемых по 7-балльной шкале, которые дают один показатель субъективной оценки общего переживания счастья.
- *Тест смысложизненных ориентаций (СЖО)* Д. А. Леонтьева [6]. Содержит 20 пар утверждений, предлагающих выбор между двумя утверждениями с оценкой степени определенности этого выбора по 7-балльной шкале. Помимо общего показателя осмысленности жизни содержит 5 субшкал, отражающих отдельные его компоненты (смысложизненные ориентации), а именно: 1) Цели в жизни, 2) Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни, 3) Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией, 4) Локус контроля-Я (Я — хозяин жизни), 5) Локус контроля-жизнь, или управляемость жизни.
- *Тест жизнестойкости* С. Мадди в адаптации Д. А. Леонтьева, Е. И. Рассказовой [11] направлен на изучение ресурса жизнестойкости, позволяющего эффективно справляться со стрессовыми и сложными жизненными ситуациями. Методика диагностирует компоненты жизнестойкости: вовлеченность (установка на участие в происходящих событиях), контроль (установка на активность по отношению к событиям жизни) и принятие риска (установки по отношению к трудным или новым ситуациям как возможности получить новый опыт).
- *Опросник толерантности к неопределенности* Д. Маклейна в адаптации Е. Г. Луковицкой [7] измеряет готовность субъекта включаться в неопределенные, новые или не имеющие однозначной интерпретации, ситуации и представление о способности успешно действовать в них.

Содержит 22 пункта, отражающих позитивное и негативное отношение к новизне, сложным задачам и неопределенным ситуациям, которые испытуемые оценивают по 7-балльной шкале.

- *Шкала общей самооффективности* Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В. Г. Ромека [13] диагностирует веру в себя и в свой личностный и интеллектуальный потенциал, а также представления о собственной эффективности. Под самооффективностью понимается генерализованное убеждение индивида в его способности достигать целей в различных ситуациях. Опросник содержит 10 утверждений, которые оцениваются по 4-балльной шкале.
- *Опросник копинг-стратегий COPE* [17] в адаптации Е. Н. Осина, Е. И. Рассказовой и др. [2] предназначен для диагностики диспозиционных стилей преодоления трудностей. Полная версия опросника, используемая в диссертационном исследовании, состоит из 60 пунктов, объединенных в 15 шкал, каждая из которых содержит 4 пункта. Шкалы: позитивное переформулирование и личностный рост, мысленный уход от проблемы, концентрация на эмоциях и их активное выражение, использование инструментальной социальной поддержки, активное совладание, отрицание, обращение к религии, юмор, поведенческий уход от проблемы, сдерживание, использование эмоциональной социальной поддержки, принятие «успокоительных», подавление конкурирующей деятельности, планирование.
- *Опросник посттравматического роста (ПТР)* в адаптации М. Ш. Магомед-Эминова [8] направлен на измерение уровня посттравматического роста. Посттравматический рост понимается как рост личности, возникающий у человека испытывавшего травматический стресс, который у него отсутствовал до травматического события. Опросник содержит 21 утверждение, шкала ответов строится по 6-балльной схеме (от 0 до 5 баллов). Методика включает в себя 5 шкал: 1) отношение к другим; 2) новые возможности; 3) сила личности; 4) духовные изменения; 5) повышение ценности жизни. Количественная оценка посттравматического роста по каждой шкале осуществляется путем суммарного подсчета баллов. Обработка производится по «сырому» баллу. С помощью нормативной таблицы определяется индекс и интенсивность посттравматического роста по каждому фактору в отдельности и суммарному баллу всего опросника.
- *Методика СМОЛ* (Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности) в адаптации В. П. Зайцева [3]; [4] на основе модифицированной методики ММРІ [1]. Методика содержит 71 вопрос. Вопросы образуют 11 шкал, из которых три – оценочные, измеряющие искренность (L), степень достоверности результатов теста (F) и величину коррекции (K), вносимую чрезмерной осторожностью испытуемого. Остальные восемь шкал являются базисными и оценивают свойства личности по показателям ипохондрии (Hs), депрессии (D), истерии (Hy), психопатии (Pd), паранойяльности (Pa), психостении (Pt), шизоидности (Sc), гипомании (Ma). В методике СМОЛ свойства личности по показателям «мужественности-женственности» и социальной инверсии не оцениваются.

- *Опросник Социальной Поддержки Сарасона (SSQ)* выясняет число, имена участников сети, которые предоставили бы данные типы поддержки, и оценку удовлетворенности поддержкой [26].

Общая *гипотеза* заключается в следующем: соцподдержка вносит вклад в самооффективность у студентов с ОВЗ.

Частные *гипотезы*:

- при дезадаптации растет потребность в соцподдержке и падает самооффективность;
- чем выше удовлетворенность соцподдержкой, тем больше самооффективность;
- при низкой самооффективности – низкая удовлетворенность соцподдержкой.

### Взаимосвязь самооффективности, соцподдержки и уровня дезадаптации

В зависимости от уровня дезадаптированности различаются потребность в соцподдержке и уровень самооффективности. При дезадаптации снижается способность саморегуляции и растет потребность в соцподдержке у студентов с ОВЗ, как мы предполагаем.

**Таблица 2.** Результаты дисперсионного анализа влияния *фактора дезадаптации* на исследуемые переменные

Показатели	Группа ОВЗ		Влияние группы	Группа Здоровые		Влияние группы
	Норма	Дезадаптация		Норма	Дезадаптация	
	Ср./ст.откл.	Ср./ст.откл.		Ср./ст.откл.	Ср./ст.откл.	
Размер сети	1,86\1,36	2,69\1,69	F=8,208*	2,45/1.49	2.56\1,41	F=0.159
Количество родственников	0,92\0,75	1,17\0,89	F=5,329*	1,08/0,84	1,17\0,94	F=0,298
Удовлетворенность	27,86\9,39	30,90\3,61	F=49,300**	29,04/7,15	30,47\5,47	F=1,387

соцподдержкой						
Самозффективн ость	28,45/5,0 7	28,15/5,17	F=49,373 **	30,73/5, 00	28,00/5,90	F=7,17 5*

Примечание:  $T$  —  $\rho \leq 0,1$ ; \* —  $\rho \leq 0,05$ ; \*\* —  $\rho \leq 0,01$ .

Более значимые различия по параметру дезадаптации – в группе лиц с ОВЗ, что свидетельствует о большей значимости для них соцподдержки и ее вклада в самоэффективность.

Чем ниже самоэффективность, тем больше оказывается потребность в соцподдержке, что подтвердило прошлые выводы о соцподдержке как ресурсе повышения самоэффективности. Это касается обеих групп и подтверждает теоретическую стресс-буферную модель соцподдержки, в которой потребность в поддержке растет при повышении дезадаптации.

### Проверка гипотезы о вкладе соцподдержки в самоэффективность в группе студентов с ОВЗ

Стресс-буферная модель не дает ответ о том, что происходит при низких ресурсах саморегуляции и высокой соцподдержке. Предположительно, у студентов с ОВЗ должна наблюдаться такая ситуация, при которой соцподдержка замещает саморегуляцию. Для проверки гипотезы мы провели дисперсионный анализ ANOVA в группах здоровых и лиц с ОВЗ по значимости различий средних показателей удовлетворенности соцподдержкой. В каждой группе мы выделили 2 подгруппы по параметру низкой самоэффективности (подгруппа 1) и высокой (подгруппа 2), разделение по среднему – и сравнили их между собой.

**Таблица 3.** Средние показатели удовлетворенности социальной поддержкой в подгруппах с низкой и высокой самоэффективностью

Переменная	Подгруппа	Среднее
<b>Удовлетворенность соцподдержкой</b>	ОВЗ, низкая самоэффективность	12,9091
	ОВЗ, высокая самоэффективность	29,4324

<b>Удовлетворенность</b>	Здоровые, низкая самооффективность	27,7206
<b>соцподдержкой</b>	Здоровые, высокая самооффективность	30,0745

По результатам дисперсионного анализа ANOVA можем утверждать достоверность различий в подгруппах по параметру низкой и высокой самооффективности ( $P < 0,001$  в группе лиц с ОВЗ и  $p < 0,05$  в группе здоровых). Студенты с большей удовлетворенностью соцподдержкой более самооффективны в обеих группах. Это дает основание считать, что соцподдержка повышает ресурсы саморегуляции, индикатором которых является самооффективность.

Для уточнения вопроса о том, что происходит в случаях, когда соцподдержка и самооффективность находятся одновременно на высоком или низком уровне, мы провели следующий вид анализа. В каждой группе здоровых студентов и студентов с ОВЗ были выделены подгруппы с высокой и низкой самооффективностью (разбивка по медиане) и с высокой и низкой удовлетворенностью соцподдержкой (разбивка по медиане). Это было нужно, чтобы показать нелинейность связи между социальной поддержкой и самооффективностью. Затем посчитали корреляции шкалы самооффективности с другими шкалами. Результаты приведены в таблицах

**Таблица 4.** Студенты с ОВЗ. Корреляции шкалы самооффективности с другими шкалами

Поддержка \ Самооффективность	Высокая удовлетворенность соцподдержкой	Низкая удовлетворенность соцподдержкой
Высокая самооффективность	Толерантность 0,535** , витальность 0,569** , СЖО 0,622** , счастье 0,466* , Жизнестойкость 0,590**  -0,439* близость соцсети	Сумма травм 0,476*
Низкая самооффективность	Счастье 0,503* удовлетворенность жизнью 0,567*	СЖО 0,530* , ПТрост 0,580** удовлетворенность соцподдержкой 0,449*

Мы видим, что при высокой самооффективности отрицается помощь близких, а при низкой самооффективности низкая удовлетворенность соцподдержкой, ее не хватает. Обращает на себя внимание связь высокая самооффективность- низкая удовлетворенность соцподдержкой и сумма травм. Получается, что при недостатке

соцподдержки акцентируется травматический опыт и делается ставка на индивидуальное совладание с травмами. Тогда как высокая удовлетворенность соцподдержкой более ресурсоемка, что подтверждает теорию «главного эффекта» соцподдержки, вносящей вклад в общее благополучие.

**Таблица 5.** Здоровые студенты. Корреляции шкалы самооффективности с другими шкалами

Поддержка \ Самооффективность	Высокая удовлетворенность соцподдержкой	Низкая удовлетворенность соцподдержкой
Высокая самооффективность	Толерантность 0,561** Жизнестойкость 0,461** Витальность 0,437**	Нет значимых корреляций
Низкая самооффективность	Нет значимых корреляций	СЖО 0,588** витальность 0,436** толерантность неопределенности 0,473**

Итак, мы получили данные о том, что в группе с ОВЗ низкая самооффективность связана с низкой соцподдержкой, но высокая удовлетворенность соцподдержкой при высокой самооффективности связана с отрицанием поддержки от семьи.

Хотя соцподдержка является внешним ресурсом, получаемым от помощи других людей, но удовлетворенность соцподдержкой является внутренним личностным ресурсом и служит подтверждением того, что в будущем она тоже будет предоставлена при планировании деятельности в ситуации травмы и дезадаптации.

Связь «удовлетворенность соцподдержкой – самооффективность» демонстрирует нам, что соцподдержка является фактором, влияющим на оценку ресурсов личности как достаточных. Соцподдержка также является мета-ресурсом по отношению к саморегуляции и запускает саморегуляционные механизмы. В том случае, когда у человека достаточно личностных ресурсов устойчивости, он находит опору в себе и собственной активности. Когда ресурсов устойчивости недостаточно, то субъект становится объектом защиты, поддержки и формирует совместно разделенную деятельность, при которой нужны внешние социальные ресурсы.

**Различия по выраженности личностных ресурсов в подгруппах здоровых и лиц с ОВЗ по критерию удовлетворенности соцподдержкой.**

**Проверка гипотезы общего эффекта**

Согласно модели общего или главного эффекта действия соцподдержки, она в целом повышает уровень благополучия, то есть, чем больше соцподдержки, тем лучше вне зависимости от стресса. Соответственно, чем больше человек имеет доступ к ресурсу соцподдержки, тем выше его удовлетворенность жизнью и уровень личностных ресурсов. В таблицах представлены данные различий выраженности личностных ресурсов по критерию Манна-Уитни в подгруппах с низкой и высокой соцподдержкой.

**Таблица 6.** Средние ранги показателей личностного потенциала в подгруппах с низкой и высокой удовлетворенностью соцподдержкой (студенты с ОВЗ)

№	Переменная	Подгруппа	Средний ранг	Значимость различий	
				критерий U-Манна Уитни	$\rho$
1	Счастье	низкая удовлетворенность поддержкой	20,50	192,000	0,047
		высокая удовлетворенность поддержкой	28,50		
2	Удовлетворенность жизнью	низкая удовлетворенность поддержкой	19,90	177,500	0,022
		высокая удовлетворенность поддержкой	29,10		
3	Витальность	низкая удовлетворенность поддержкой	18,54	145,000	0,003
		высокая удовлетворенность поддержкой	30,46		



4	СЖО	низкая удовлетворенность поддержкой	19,04	157,000	0,007
		высокая удовлетворенность поддержкой	29,96		
5	Осознанное присутствие	низкая удовлетворенность поддержкой	19,80	179,000	0,040
		высокая удовлетворенность поддержкой	28,02		
6	Самозффективность	низкая удовлетворенность поддержкой	20,38	189,000	0,040
		высокая удовлетворенность поддержкой	28,63		
7	Сила личности, птрост	низкая удовлетворенность поддержкой	20,63	195,000	0,054
		высокая удовлетворенность поддержкой	28,38		
8	Юмор, COPE	низкая удовлетворенность поддержкой	19,13	159,000	0,007
		высокая удовлетворенность поддержкой	29,88		
9	Позитивная переоценка, COPE	низкая удовлетворенность поддержкой	19,50	168,000	0,012
		высокая удовлетворенность поддержкой	29,50		
10	Планирование, COPE	низкая удовлетворенность	20,65	159,500	0,054

		поддержкой			
		высокая удовлетворенность поддержкой	28,35		

**Таблица 7.** Средние ранги показателей личностного потенциала в подгруппах с низкой и высокой удовлетворенностью соцподдержкой (здоровые)

№	Переменная	Подгруппа	Средний ранг	Значимость различий	
				критерий U-Манна Уитни	$\rho$
1	Счастье	низкая удовлетворенность поддержкой	70,34	2338,000	0,002
		высокая удовлетворенность поддержкой	93,52		
2	Удовлетворенность жизнью	низкая удовлетворенность поддержкой	68,33	2170,000	0,000
		высокая удовлетворенность поддержкой	95,68		
3	Витальность	низкая удовлетворенность поддержкой	69,63	2278,500	0,001
		высокая удовлетворенность поддержкой	96,29		
4	СЖО	низкая удовлетворенность поддержкой	66,85	2045,000	0,000
		высокая удовлетворенность поддержкой	97,28		

5	<b>Жизнестойкость</b>	низкая удовлетворенность поддержкой	67,88	2131,000	0,000
		высокая удовлетворенность поддержкой	96,17		
6	<b>Самозффективность</b>	низкая удовлетворенность поддержкой	73,77	2627,000	0,029
		высокая удовлетворенность поддержкой	89,82		
7	<b>Толерантность к неопределенности</b>	низкая удовлетворенность поддержкой	72,09	2485,000	0,008
		высокая удовлетворенность поддержкой	91,63		
8	<b>Сумма травм</b>	низкая удовлетворенность поддержкой	74,65	2701,000	0,049
		высокая удовлетворенность поддержкой	88,87		
9	<b>Повышение ценности жизни, посттравматический рост</b>	низкая удовлетворенность поддержкой	71,80	2461,500	0,006
		высокая удовлетворенность поддержкой	91,94		
10	<b>Позитивная переоценка, COPE</b>	низкая удовлетворенность поддержкой	71,79	2460,500	0,006
		высокая удовлетворенность поддержкой	91,96		
11	<b>Активное совладание, COPE</b>	низкая удовлетворенность	72,82	2547,000	0,013

		поддержкой			
		высокая удовлетворенность поддержкой	90,85		
12	Эмоциональная поддержка,  COPE	низкая удовлетворенность поддержкой	73,85	2633,500	0,030
		высокая удовлетворенность поддержкой	89,94		

В обеих группах, здоровых студентов и лиц с ОВЗ, по параметру удовлетворенности соцподдержкой наблюдается значительно большая согласованность в подгруппах, чем по параметрам размера и близости сети. Обе группы в удовлетворенности соцподдержкой сближаются друг с другом. Общим для них является то, что при большей удовлетворенности соцподдержкой, ярче выражены ресурсы устойчивости. Отличия в группе здоровых есть по выраженности использования копингов, как активных, так и пассивных, при удовлетворенности поддержкой. Отличие в группе лиц с ОВЗ – в использовании ресурсов саморегуляции при достаточной удовлетворенности поддержкой. Это дает основания говорить о разном понимании соцподдержки в группах. Здоровые дают оценку реально полученной от других помощи, в то время как лица с ОВЗ несколько позитивно переоценивают качество помощи ввиду ее недостаточности. У таких людей с высокой удовлетворенностью поддержки она служит основанием для позитивной переоценки всей ситуации в целом.

## Выводы

Мы попытались проверить гипотезу о поддержке как буфере при стрессе или показателе общего благополучия, не зависимо от стресса. В литературе есть множество подтверждений обеих моделей, с чем связаны продолжающиеся споры и отсутствие единой модели соцподдержки.

Мы получили подтверждение обеих моделей. Для всех студентов высокий уровень соцподдержки связан с большими показателями позитивных личностных ресурсов, что подтверждает теорию главного эффекта. Но для студентов с ОВЗ при высоком уровне самооффективности и высокой удовлетворенности соцподдержкой отмечается отрицание поддержки от семьи, что могло бы послужить подтверждением стресс-буферной модели. На наш взгляд, различие касается разной смысловой нагруженности помогающих отношений для студентов с ОВЗ и здоровых. Если для здоровых это один из многих ресурсов, к которым они могут обращаться

при стрессе, то для студентов с ОВЗ чрезмерная поддержка может быть дополнительным «инвалидизирующим» фактором. Поэтому для них при высокой самоэффективности и способности решать жизненные задачи становится приоритетной цель отказа от поддержки близких в пользу самостоятельности.

Как мы говорили в теоретической части, соцподдержка позволяет осуществить смысловую переоценку ситуации как более позитивной. Мы можем предполагать, что у высокоэффективных студентов с ОВЗ формируется способность самостоятельно производить позитивную переоценку ситуации, не зависимо от поддержки семьи. Мы можем говорить о существовании двух групп студентов с ОВЗ: те, кто способны отказаться от поддержки, и те, кому поддержка необходима. В модели социокогнитивного подхода к здоровью Коэна утверждается, что социальная поддержка вносит вклад в здоровье и самоэффективность [19]. Основываясь на этой модели, в качестве предположения для будущих исследований мы можем говорить, что избыток соцподдержки приводит к росту самоэффективности, что позволяет отказываться от соцподдержки и заменять ее другими личностными ресурсами (оптимизм, контроль, опора на смысл).

## Литература

1. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец, М., 1967.
2. Гордеева Т.О. Диагностика копинг-стратегий: адаптация опросника COPE / Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин, Е.А. Рассказова, О.А. Сычев, В.Ю. Шевяхова // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе. Материалы II Международной научно-практической конференции / Под ред. Т.Л. Крюковой, М. В. Сапоровской, С.А. Хазовой. Кострома, 23–25 сентября 2010. – Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. Т. 2.
3. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult / В.П. Зайцев // Психологический журнал. 1981. № 3.
4. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ / В.П. Зайцев // Актуальные вопросы восстановительной медицины. 2004. № 2 .
5. Краско М. Г. Социальная поддержка семьи в современных условиях: региональный аспект: автореф. дис. ... канд. социол. наук: 22.00.04 / М. Г. Краско ; Урал. гос. ун-т им. А. М. Горького. Екатеринбург, 2009.
6. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) / Д.А. Леонтьев. М., 1992.
7. Луковицкая Е.Г. Социально-психологическое значение толерантности к неопределенности: автореф. дис... канд. психол. наук / Е.Г. Луковицкая. – СПб., 1998.
8. Магомед-Эминов М.Ш. Позитивная психология человека. В 2 тт. / М.Ш. Магомед-Эминов. М., 2007.

9. *Муздыбаев К.* Социальная поддержка в период реформ//Экономика северо-запада: проблемы и перспективы развития. №1. 2007.
10. *Осин Е.Н.* Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия [Электронный ресурс] / Е.Н. Осин, Д.А. Леонтьев // Материалы III Всероссийского социологического конгресса. – М.: Институт социологии РАН, Российское общество социологов, 2008. 1 эл. опт. диск (CD-ROM).
11. *Рассказова Е.Ю., Гордеева Т.О.* Копинг-стратегии в структуре личностного потенциала/ Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. М., 2011.
12. *Сергиенко Е.А.* Контроль поведения: индивидуальные ресурсы субъектной регуляции [Электронный ресурс]// Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. N 5(7). URL: <http://psystudy.ru>
13. *Шварцер Р.* Русская версия шкалы общей самоэффективности / Р. Шварцер, М. Ерусалем, В. Ромек // Иностранная психология. 1996. № 7.
14. *Allen K. et all.* Cardiovascular Reactivity and the Presence of Pets, Friends and Spouses. *Psychosomatic Medicine*. 2002. Pp. 727-729
15. *Brewin C. R., Holmes E. A.* (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23
16. *Calhoun L. G., & Tedeschi R. G.* (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi, (Eds.). *Handbook of posttraumatic growth* (pp.1-23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
17. *Carver C.* Control-Systems Approach to Behavioral Self-Regulation / C. Carver, M. A. Scheier // *Review of Personality and Social Psychology: 2* / Ed. by L. Wheeler. Beverly Hills: Sage, 1981.
18. *Cobb S.* 1976. Social support as a mediator of life stress. *Psychosocial Medicine* 38:300-314.
19. *Cohen S., Gottlieb B., Underwood L.* Social relationships and health: challenges for measurement and intervention. New York: Oxford University Press, 2000
20. *Cohen S., Wills T.A.* Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. // *Psychological Bulletin*. 1985. v.98. №2.
21. *Diener E.* Assessing subjective well-being: Progress and opportunities / E. Diener // *Social Indicators Research*. 1994. Vol. 31 (2).
22. *Foa E. B., Kozak M. J.* (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1)
23. *Guay S., Billette V., Marchand A.* (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3)

24. *Hobfoll S.E.*, The Influence of Culture, Community and the Nested-self in the Stress process: Advancing Conservation of Resources Theory//Applied Psychology: An International Review. 2001.
25. *Hobfoll S.E., Lerman M.* Predicting Receipt of Social Support: A Longitudinal Study of Parents' Reactions to Their Child's Illness.// Health Psychology. 1989. v.8. №1.
26. *Irwin G. Sarason, Henry M. Levine, Robert B. Basham, Barbara R. Sarason* Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire Journal of Personality and Social Psychology 1983, Vol. 44, No. 1.
27. *Kroenke C.H.* Social Networks, Social Support and Survival after Breast Cancer Diagnosis. Journal of Clinical oncology. №7 2006.
28. *Lyubomirsky S.* A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation / S. Lyubomirsky, H. Lepper // Social Indicators Research. 1999. Vol. 46.
29. *McLain D.L.* The MSTAT-I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity / D.L. McLain // Educational and Psychological Measurement. – 1993. – Vol. 53(1) . – P. 183–189 Medicine, 55(1).
30. *Orth-Gomer, K., Rosengren, A., & Wilhelmsen, L.* (1993). Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. Psychosomatic Medicine, 55.
31. *Cohen S. & S. L. Syme* (Eds.) (1985). Social Support and Health. San Francisco: Academic Press
32. *Saucier G., Ostendorf F.* (1999). Hierarchical subcomponents of the Big Five personality factors: A cross-language replication. Journal of Personality and Social Psychology, 76.
33. *Schnurr P. P., Friedman M. J., Bernardy N. C.* (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology, and assessment. Journal of Clinical Psychology, 58(8).
34. *Schwarzer R., Knoll N.* (2007) Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview, International Journal of Psychology, 42:4, 243 – 252
35. *Sitzmann E.* A meta-analysis of self-regulated learning in work-related training and educational attainment: what we know and where we need to go. Psychol Bull. 2011 May;137(3).
36. *Spiegel D., I.Yalom.* Group support for Patients with Metastatic Cancer// Archiver of General Psychiatry. 1981.
37. *Thoits P.* Social support as coping assistance. Journal of Consulting and clinical Psychology 54. 1986.

# Social support for disabled students in situation of inclusive education

*L. A. Aleksandrova*, senior research assistant, National Research University Higher School of Economics (NRU HSE), [adaleksandrova@mail.ru](mailto:adaleksandrova@mail.ru)

*T. A. Silantieva*, graduate student, Institute of education, NRU HSE, [tanyasilantieva@yandex.ru](mailto:tanyasilantieva@yandex.ru)

---

Present article observes models of social support in connection with difficult life situation. The main hypothesis is that social support is a part of self-regulation process in permanent life stress. The samples were students with disabilities (N=48) and healthy students (N=162) in Moscow State University of Psychology and Education. The scale of self-efficacy was an indicator of successful self-regulation and scale of maladjustment was an indicator of social failure. Authors made a conclusion about connection of self-efficacy with social support. Also it is concluded that the excess of social support in high-performance students with disabilities may occur a waiver of its receipt.

**Keywords:** inclusive education, disabled students, social support, self-efficacy, theories of social support.

---

## Literature

1. *Berezin F.B.* Metodika mnogostoronnego issledovaniya lichnosti / F.B. Berezin, M.P. Miroshnikov, R.V. Rojanec. M., 1967.
2. *Gordeeva T.O.* Diagnostika koping-strategii: adaptaciya oprosnika COPE / T.O. Gordeeva, E.N. Osin, E.A. Rasskazova, O.A. Sychev, V.Yu. Shevyahova // Psihologiya stressa i sovladayushchego povedeniya v sovremennom rossiiskom obschestve. Materialy II Mejdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferencii / Pod red. T.L. Kryukovoi, M. V. Saporovskoi, S.A. Hazovoi. Kostroma, 23–25 sentyabrya 2010. – Kostroma: KGU im. N. A. Nekrasova, 2010. T. 2.
3. *Zaicev V.P.* Variant psihologicheskogo testa Mini-Mult / V.P. Zaicev // Psihologicheskii jurnal. 1981. № 3.
4. *Zaicev V.P.* Psihologicheskii test SMOL / V.P. Zaicev // Aktual'nye voprosy vosstanovitel'noi mediciny. 2004. № 2.
5. *Krasko M. G.* Social'naya podderjka sem'i v sovremennyh usloviyah: regional'nyi aspekt: avtoref. dis. ... kand. sociol. nauk: 22.00.04 / M. G. Krasko ; Ural. gos. un-t im. A. M. Gor'kogo. Ekaterinburg, 2009.
6. *Leont'ev D.A.* Test smyslojiznennykh orientacii (SJO) / D.A. Leont'ev. M., 1992.



7. *Lukovickaya E.G.* Social'no-psihologicheskoe znachenie tolerantnosti k neopredelennosti: avtoref. dis... kand. psihol. nauk / E.G. Lukovickaya. – SPb., 1998.
8. *Magomed-Eminov M.Sh.* Pozitivnaya psihologiya cheloveka. V 2 tt. / M.Sh. Magomed-Eminov. M., 2007.
9. *Muzdybaev K.* Social'naya podderjka v period reform//Ekonomika severo-zapada: problemy i perspektivy razvitiya. №1. 2007.
10. *Osin E.N.* Aprobaciya russkoyazychnyh versii dvuh shkal ekspress-ocenki sub'ektivnogo blagopoluchiya [Elektronnyi resurs] / E.N. Osin, D.A. Leont'ev // Materialy III Vserossiiskogo sociologicheskogo kongressa. – M.: Institut sociologii RAN, Rossiiskoe obshchestvo sociologov, 2008. 1 el. opt. disk (CD-ROM).
11. *Rasskazova E.Yu., Gordeeva T.O.* Koping-strategii v strukture lichnostnogo potenciala/ Lichnostnyi potencial: struktura i diagnostika / Pod red. D.A. Leont'eva. M., 2011.
12. *Sergienko E.A.* Kontrol' povedeniya: individual'nye resursy sub'ektnoi regulyatsii [Elektronnyi resurs]// Psihologicheskije issledovaniya: elektron. nauch. jurn. 2009. N 5(7). URL: <http://psystudy.ru>
13. *Shvarcer R.* Russkaya versiya shkaly obschei sameffektivnosti / R. Shvarcer, M. Erusalem, V. Romek // Inostrannaya psihologiya. 1996. № 7.
14. *Allen K. et all.* Cardiovascular Reactivity and the Presence of Pets, Friends and Spouses. Psychosomatic Medicine. 2002. Pp. 727-729
15. *Brewin C. R., Holmes E. A.* (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. Clinical Psychology Review, 23
16. *Calhoun L. G., & Tedeschi R. G.* (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi, (Eds.). Handbook of posttraumatic growth (pp.1-23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
17. *Carver C.* Control-Systems Approach to Behavioral Self-Regulation / C. Carver, M. A. Scheier // Review of Personality and Social Psychology: 2 / Ed. by L. Wheeler. Beverly Hills: Sage, 1981.
18. *Cobb S.* 1976. Social support as a mediator of life stress. Psychosocial Medicine 38:300-314.
19. *Cohen S., Gottlieb B., Underwood L.* Social relationships and health: challenges for measurement and intervention. New York: Oxford University Press, 2000
20. *Cohen S., Wills T.A.* Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. //Psychological Bulletin. 1985. v.98. №2.
21. *Diener E.* Assessing subjective well-being: Progress and opportunities / E. Diener // Social Indicators Research. 1994. Vol. 31 (2).

22. *Foa E. B., Kozak M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. Psychological Bulletin, 99(1)*
23. *Guay S., Billette V., Marchand A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. Journal of Traumatic Stress, 19(3)*
24. *Hobfoll S.E. The Influence of Culture, Community and the Nested-self in the Stress process: Advancing Conservation of Resources Theory//Applied Psychology: An International Review. 2001.*
25. *Hobfoll S.E., Lerman M. Predicting Receipt of Social Support: A Longitudinal Study of Parents' Reactions to Their Child's Illness.// Health Psychology. 1989. v.8. №1.*
26. *Irwin G. Sarason, Henry M. Levine, Robert B. Basham, Barbara R. Sarason Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire Journal of Personality and Social Psychology 1983, Vol. 44, No. 1.*
27. *Kroenke C.H. Social Networks, Social Support and Survival after Breast Cancer Diagnosis. Journal of Clinical oncology. №7 2006.*
28. *Lyubomirsky S. A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation / S. Lyubomirsky, H. Lepper // Social Indicators Research. 1999. Vol. 46.*
29. *McLain D.L. The MSTAT-I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity / D.L. McLain // Educational and Psychological Measurement. – 1993. – Vol. 53(1) . – P. 183–189 Medicine, 55(1).*
30. *Orth-Gomer, K., Rosengren, A., & Wilhelmsen, L. (1993). Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. Psychosomatic Medicine, 55.*
31. *Cohen S. & S. L. Syme (Eds.) (1985). Social Support and Health. San Francisco: Academic Press*
32. *Saucier G., Ostendorf F. (1999). Hierarchical subcomponents of the Big Five personality factors: A cross-language replication. Journal of Personality and Social Psychology, 76.*
33. *Schnurr P. P., Friedman M. J., Bernardy N. C. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology, and assessment. Journal of Clinical Psychology, 58(8).*
34. *Schwarzer R., Knoll N. (2007) Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview, International Journal of Psychology, 42:4, 243 – 252*
35. *Sitzmann E. A meta-analysis of self-regulated learning in work-related training and educational attainment: what we know and where we need to go. Psychol Bull. 2011 May;137(3).*

36. *Spiegel D., I.Yalom.* Group support for Patients with Metastatic Cancer// Archiver of General Psychiatry. 1981.
37. *Thoits P.* Social support as coping assistance. Journal of Consulting and clinical Psychology 54. 1986.